

Promouvoir la Qualité des Soins Maternels et Néonataux:

Guide de Référence pour les Chefs de Programme



CARE[®]

PROMOUVOIR LA QUALITÉ DES SOINS MATERNELS ET NÉONATALS:

GUIDE DE RÉFÉRENCE POUR LES DIRECTEURS DE PROGRAMME

Préparé par
Susan Rae Ross
Conseillère Principale pour la Santé de la Reproduction



Décembre 1998



Fonds pourvus par USAID. Accord coopératif #DPE-A-00-91-00011-14

Copyright © 1998 Coopérative pour l'Assistance et Secours Partout, Inc. (CARE). Tous droits réservés.

Les organisations sans but lucratif et gouvernementales dévouées à la promotion de la qualité du soin maternel et néonatal peuvent reproduire cette publication en partie ou en entier, à condition que la notification suivante apparaisse de façon évidente sur toute reproduction: "De promouvoir la qualité des soins maternels et néonataux: Un Manuel de Références pour les Directeurs de Programmes.

Copyright – 1998 Coopérative pour l'Assistance et Secours Partout, Inc.(CARE). Utilisé avec Permission."

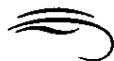
"Changer la Marée" copyrighted par Marie-Therese Feuerstein publié par Macmillan Press et Save the Children UK, 1993.

 Cette publication fut possible à travers le support pourvu par "Bureau de la Population Division des services de la Planification Familiale du Bureau global, centre pour la Population, la santé et la nutrition, l'agence Américaine pour le Développement International," dans les termes d'un accord de coopération No. HRN-A-00-98-00023-00. Les opinions exprimées dans ce manuel sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les vues de USAID.

EN MEMOIRE AFFECTUEUSE

*“Ne jamais douter qu’un petit groupe de
citoyens attentionnés engagés peut changer le monde;
en effet c’est la seule chose qui peut le faire.”*

– Margaret Mead



Jennifer Mukolwe et Bonnie Pedersen furent deux femmes qui ont consacré leurs vies à améliorer les conditions de vie de leurs “soeurs”. **Jennifer**, Kenyenne de naissance, était à la tête d’une initiative pour fournir des services de planification familiale basés sur la communauté dans plusieurs O.N.G. du Kenya. C’était une idée originale dans sa conception mais maintenant elle est regardée comme un modèle à travers l’Afrique. Au début des années 90, Jennifer s’est déplacé en Ouganda pour devenir un des premiers directeurs de projets de planification familiale de CARE. Au cours des six années sous les conseils de Jennifer, le programme s’est développé. **Bonnie**, une sage-femme américaine, avait pratiqué dans beaucoup de régions éloignées des Etats-Unis avant de lancer la division de projets spéciaux de l’Université Américaine des Infirmières-Sages-Femmes. Ces projets spéciaux ont travaillé avec des associations de sage-femmes au Ghana, en Ouganda, au Bangladesh et en Sierra Leone pour renforcer leurs qualifications techniques et capacité d’organisation. Pendant les dix dernières années, Bonnie a fourni une direction exceptionnelle à l’USAID pour renforcer la capacité et la qualité techniques des programmes de planification familiale dans le monde entier tout en avançant les droits de la santé reproductive des femmes en s’assurant que leurs issues ont été entendues.

Jennifer et Bonnie ont fait face à beaucoup d’obstacles durant toute leurs vies, mais elles n’ont jamais perdu de vue le but de faire du monde un meilleur endroit pour toutes les femmes et les enfants. Elles étaient toutes les deux, des femmes remarquables et j’ai admiré leur enthousiasme de la vie et la passion pour leur travail. Elles étaient de grandes personnes; saluant toujours leurs amis avec de grands sourires et des étreintes affectueuses. Je me sens privilégié de les avoir connues toutes les deux et nous les regretterons beaucoup.

REMERCIEMENTS

Qu'il me soit permis de remercier Debbie Armbruster du American College of Nurse Midwives, France Donnay de l'UNICEF, Mona Moore, consultant indépendant, Kaate Jones de l'USAID, et Mary Beth Powers de Save the Children d'avoir bénévolement pris leur temps pour prodiguer des conseils techniques et support sur ce rapport. Mes remerciements vont aussi à l'endroit de Sigrid Anderson et Maureen Norton de l'USAID pour leur soutien à cette initiative.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance aux Docteurs Florence Durandin et Rezual Haque de CARE Bangladesh pour nous avoir donné l'opportunité d'élaborer et de tester un cadre logique global de la santé maternelle qui a donné un forum pour le développement de ce texte. Je voudrais remercier tout le personnel de terrain qui a été impliqué dans cet effort pour leurs contributions.

Je voudrais également remercier mes collègues de l'Unité de la Santé et de la Population de CARE pour le soutien et la précieuse contribution qu'ils ont apportés à ce rapport.



*“En tant que femme je n'ai pas de pays.
En tant que femme mon pays est le monde entier.”*

– Virginia Wolfe

ONT REVISE CE MANUAL

- Ms. Carla AbouZahr, World Health Organization*
Ms. Debbie Armbruster, American College of Nurses-Midwives
Ms. Kate Burns, UNHCR
Dr. Marc DeBay, Independent Consultant
Dr. France Donnay, UNICEF/New York
Ms. Elizabeth Downes, Emory School of Nursing
Dr. Alfredo Forte, PRIME
Dr. James Hadgorn, Neonatologist, Tufts University Floating Hospital for Children
Dr. Jasmine Haque, UNICEF/Bangladesh
Ms. Mary Anne Javed, Christian Children's Funds
Ms. Kate Jones, USAID/Washington
Dr. Miriam Labbok, USAID/Washington
Ms. Patricia Lindmarsh, Marie Stopes International
Ms. Mary Anne Mercer, Health Alliance
Ms. Judith Moore, BASICS
Ms. Gail Montano, Project Concern
Dr. Claudia Moressey, Independent Consultant
Ms. Mary Beth Powers, Save the Children
Ms. Pam Putney, Abt Associates
Dr. Patricia Rodney, Dean, Morehouse University
Ms. Mary Ellen Stanton, USAID/Washington
Ms. Theresa Shaver, CARE
Ms. Patricia Stephenson, USAID/Washington
Ms. Bettina Scwethelm, Project Hope
Ms. Susan Toole, Women's Commission for Refugees Women and Children

TABLE DES MATIERES

TABLEAUX	T-i
FIGURES	S-i
PREFACE	P-i
INTRODUCTION	I-i
LISTE DES ACRONYMES	A-i
VUE D'ENSEMBLE DES CHAPITRES	V-i
CHAPITRE UN – POURQUOI LES FEMMES ET LES BEBES MEURENT-ILS?	
I. MORTALITÉ MATERNELLE, MORBIDITÉ MATERNELLE ET LES DÉCÈS DE NOUVEAUX-NÉS	1.1
A. La mortalité maternelle	1.4
B. La morbidité maternelle	1.8
C. Les effets de la mauvaise santé maternelle sur les nourrissons, les enfants et les familles	1.9
D. La mortalité périnatale et néonatale	1.10
II. LE CAUSES DU PROBLEMES: UNE ISSUE POUR LES MERES ET LES NOUVEAUX-NES EN BONNE SANTE	1.13
III. POURQUOI LES FEMMES ET LES NOUVEAUX-NES DU MONDE EN VOIE DE DEVELOPP- MENT COURENT-ILS PLUS DE RISQUES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE?	1.17
A. Le statut inférieur des femmes	1.19
B. La fécondité élevée	1.20
C. La Qualité des services obstétricaux	1.20
IV. LES CAUSES MÉDICALES DE LA MORTALITÉ ET DE LA MORBIDITÉ MATERNELLES	1.22
A. Les causes directes	1.22
B. Les causes indirectes	1.25
V. LES CAUSES DE DÉCÈS DES NOUVEAUX-NÉS	1.27
A. Faible poids de naissance	1.28
B. Les infections	1.28
C. L'hypothermie	1.29
VI. CONCLUSION	1.29

CHAPITRE DEUX – LES FACTEURS PRECEDANT LA GROSSESSE

I.	LE STATUT INFÉRIEUR DE LA FEMME	2.1
A.	Le mariage précoce	2.3
B.	La mutilation des organes génitaux de la femme	2.3
II.	LE FAIBLE STATUT ÉCONOMIQUE/PAUVRETÉ DES FEMMES	2.5
III.	LA NUTRITION	2.6
IV.	NATALITÉ ÉLEVÉE/GROSSESSE NON DÉSIRÉE	2.8
A.	Grossesses pendant l'adolescence	2.8
B.	Services de planification familiale inadéquats	2.9
C.	Augmentation de la parité et de l'âge	2.10
V.	LES ABUS ET LES VIOLENCES À L'ENCONTRE DES FEMMES	2.10
VI.	CONCLUSION	2.12

CHAPITRE TROIS – FACTEURS LIES A LA GROSSESSE

I.	LA PERIODE PRENATALE	3.1
A.	Les croyances et pratiques durant la grossesse	3.1
B.	L'alimentation au cours la grossesse	3.2
C.	La planification familiale/se préparer pour la grossesse	3.3
D.	Les prestations de soins prénatals	3.4
II.	LES ACCOUCHEMENTS	3.8
A.	Les croyances et pratiques durant l'accouchement	3.8
B.	Les naissances à domicile non assistées	3.9
C.	Les retards dans la reconnaissance du problème	3.11
D.	Les retards dans la prise de décision	3.12
E.	Retard pour arriver au centre de santé	3.13
F.	Les retards dans l'obtention de soins maternels et infantiles de qualité	3.14
III.	LES SOINS DANS LE POST-PARTUM	3.17
A.	Les croyances et pratiques pendant la période du post-partum	3.17
B.	Les soins dans le post-partum	3.18
C.	Les soins post-avortement	3.18
IV.	LE NOUVEAU-NÉ	3.19
A.	Les infections	3.20
B.	Le faible poids à la naissance (FPN)	3.22
IV.	CONCLUSION	3.23

CHAPITRE QUATRE – CONCEPTION SUIVI ET EVALUATION DE PROGRAMME

I.	CONTEXTE	4.1
II.	EVALUATION DE LA SITUATION DE LA SANTÉ MATERNELLE	4.5
	A. Évaluation de la situation	4.5
	B. Rassemblement de données	4.8
	C. Analyse des données	4.13
III.	CONSIDÉRATIONS EN MATIERE DE CONCEPTION DE PROGRAMME	4.17
	A. Cadre disposant de très peu de ressources pour la santé maternelle	4.18
	B. Cadre disposant de peu de ressources pour la santé maternelle	4.21
	C. Cadre disposant de très peu de ressources moyennes pour la santé maternelle	4.22
	D. Cadre disposant d'importantes ressources pour la santé maternelle	4.25
	E. Cadre disposant de très grandes de ressources pour la santé maternelle	4.25
IV.	SUIVI	4.29
V.	EVALUATION	4.36
VI.	CONCLUSION	4.36

CHAPITRE CINQ – INTERVENTIONS ET MEILLEURES PRATIQUES ACTUELLES

I.	CONTEXTE	5.1
II.	STRATEGIES ET INTERVENTIONS INTEGREES	5.5
	A. Partenariat	5.5
	B. Politique	5.9
	C. Améliorer les services	5.11
	D. Développement des ressources humaines	5.16
	E. Education à la santé pour un changement de comportement	5.24
	F. Mobilisation communautaire	5.25
III.	LES FEMMES EN AGE DE PROCREER	5.27
IV.	LA PERIODE PRENATALE	5.30
V.	L'ACCOUCHEMENT	5.56
VI.	LA PÉRIODE DU POST-PARTUM	5.73
VII.	LE NOUVEAU-NÉ	5.82
VIII.	CONCLUSION	5.95

CHAPITRE SIX – LES LEÇONS TIRÉES DES PROGRAMMES NATIONAUX

I.	PROGRAMMES GÉNÉRAUX	6.1
A.	Le Bangladesh (ICDDR, B)	6.1
B.	La Bolivie: WARMI (MotherCare et Save the Children)	6.2
C.	La Bolivie: projet de santé de la reproduction de Cochabamba: 1990-93	6.3
D.	Le Guatemala: le projet Quetzatenago (Soins Maternels): 1989-1993	6.4
E.	La Malaisie	6.6
II.	LES MATRONES	6.5
A.	Le Brésil: le programme Fortaleza: 1975-1984	6.7
B.	La Gambie	6.8
III.	LES MAISONS D'ATTENTE POUR FEMMES ENCEINTES	6.9
A.	Cuba	6.9
B.	L'Éthiopie	6.11
C.	Le Ghana	6.12
D.	Le Nicaragua	6.12
IV.	LES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES	6.13
A.	L'Indonésie: Projet de la Banque Mondiale	6.13
B.	Le Népal (CEDPA)	6.14
C.	Le Népal: PATH/Save the Children	6.15
D.	L'État De Cross Rivers, Nigéria (PMM)	6.15
V.	LES SERVICES OBSTÉTRICAUX	6.16
A.	Juaben, Ghana (PMM): centre de santé	6.16
B.	Pakro, Ghana (PMM): le poste de santé	6.17
C.	Ekpoma, Nigéria (PMM): hôpital	6.17
D.	État de Kebbi, Nigéria (PMM): hôpital de district	6.18
E.	État d'Ogun, Nigéria (PMM): hôpital de district	6.19
F.	Zaira, Nigéria (PMM): centre hospitalier universitaire	6.20
G.	Bo, Sierra Leone (PMM)	6.21
H.	Makeni, Sierra Leone (PMM)	6.21
VI.	LES PROGRAMMES NÉONATALS	6.22
A.	L'Indonésie: projet de régionalisation périnatal, tanjungsari, Java Occidentale	6.22
B.	L'Inde: recherche	6.23
C.	L'Inde: le gouvernement	6.24
VI.	CONCLUSION	6.25
	GLOSSAIRE	G-i
	PRÉSENTATION	P-i
	NOTES FINALES	NF-i
	REFERENCES	R-i

TABLEAUX

Tableau 1.1	Liens existant entre les facteurs contribuant à la mortalité et à la morbidité	1.3
Tableau 1.2	Décès maternels par region	1.4
Tableau 1.3	Principales causes de décès maternels	1.6
Tableau 1.4	Intervalles du commencement jusqu'au décès - des complications obstetricales	1.6
Tableau 1.5	Décès post-partum	1.7
Tableau 1.6	Mortalité perinatale et neonatale par region	1.10
Tableau 1.7	Taux de décès perinataux par pays	1.11
Tableau 1.8	Causes de décès néonataux	1.12
Tableau 1.9	Risques de décès pendant la duree de vie des femmes par region	1.17
Tableau 1.10	Risque de décès pendant la durée de vie, par pays	1.18
Tableau 1.11	Risque de décès maternel, pendant la duree de vie, pour differents ratio de mortalité maternelle et nombre de grossesses par femme	1.18
Tableau 1.12	Avortements par région	1.23
Tableau 1.13	Complications maternelles et résultats périnataux	1.27
Tableau 1.14	Causes des décès neonataux	1.27
Tableau 1.15	Causes de la mortalité/morbidité maternelle	1.30
Tableau 1.16	Causes des décès néonataux	1.31
Tableau 2.1	Classification des MOG selon L'OMS	2.4
Tableau 3.1	Éléments principaux de la planification de l'accouchement/se préparer pour la grossesse	3.4
Tableau 3.2	Programme prénatal à Kasongo, Zaire	3.5
Tableau 3.3	Accouchement à domicile et personnel qualifié, par région	3.9
Tableau 3.4	Personnel qualifié à l'accouchement par pays	3.10
Tableau 3.5	Signes de danger pour les femmes	3.11
Tableau 3.6	Signes de danger pour les nouveaux-nés	3.11
Tableau 3.7	Resultats des grossesses par région	3.19
Tableau 3.8	Estimation de la contribution globale des maladies: morts néonatales	3.20
Tableau 3.9	Conséquences de la syphilis sur les nouveaux-nés	3.22
Tableau 4.1	Différence entre les approches en matière de la santé maternelle	4.1
Tableau 4.2	Outils d'évaluation des risques pour la santé maternelle et néonatale	4.14
Tableau 4.3	Ébauches d'exemples d'interventions par situation	4.27
Tableau 4.4	Principaux aspects de conception, du suivi et de l'évaluation de programme	4.29
Tableau 4.5	Cadre du suivi et de l'évaluation	4.30
Tableau 4.6	Liste illustrative d'indicateurs	4.32
Tableau 4.7	Éduquer et mobiliser la communauté	4.33
Tableau 4.8	Améliorer les transports entre le centre de santé et l'hôpital	4.34
Tableau 4.9	Améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé	4.35
Tableau 4.10	Cadre stratégique relatif à la santé maternelle pour 1997 - 2003	4.37

Tableau 5.1	Actions inter-sectorielles nécessaires à la promotion de la maternité sans danger	5.7
Tableau 5.2	Les meilleures pratiques actuelles - services de la santé maternelle de qualité	5.14
Tableau 5.3	Différences entre des soins obstétricaux d'urgence (SOU) et les compétences de sauvetage de la vie (CSV)	5.21
Tableau 5.4	Les meilleures pratiques actuelles – préconception	5.29
Tableau 5.5	Les meilleures pratiques actuelles – la grossesse	5.32
Tableau 5.6	Les meilleures pratiques actuelles – la grossesse	5.33
Tableau 5.7	Système d'évaluation des risques anténatals: Java Orientale	5.36
Tableau 5.8	Éléments clés de la planification de l'accouchement/de la préparation a la grossesse	5.38
Tableau 5.9	Supplémentation en micro-aliments	5.41
Tableau 5.10	Les indicateurs anthropométriques	5.47
Tableau 5.11	Les protocoles de traitements préférés pour les femmes et les nouveaux-nés	5.51
Tableau 5.12	Structures sanitaires pratiquant des soins obstétricaux d'urgence complètes	5.59
Tableau 5.13	Les meilleures pratiques: accouchement/prise en charge de l'issue de la grossesse	5.60
Tableau 5.14	Accouchements propres: les "six propres"	5.62
Tableau 5.15	Urgence!!! Qu'est-ce qu'une matrone formée peut faire?	5.71
Tableau 5.16	Les meilleures pratiques actuelles: la période du post-partum maternel	5.76
Tableau 5.17	Les meilleures pratiques actuelles: soins maternels dans le post-partum: signes de danger: 24 h apres l'accouchement	5.80
Tableau 5.18	Les meilleures pratiques actuelles: soins maternels dans le post-partum: services: 24 h apres l'accouchement	5.81
Tableau 5.19	Les meilleures pratiques actuelles: les soins neonatals	5.84
Tableau 5.20	Traitement préféré pour les infections des nouveau-nés	5.91
Tableau 5.21	Soins essentiels au nouveau-né et signes de danger	5.93
Tableau 5.22	Exemples des interventions pour la santé maternelle	5.96
Tableau 5.23	Exemples des interventions néonatales	5.98

FIGURES

Figure 1.1	Ampleur des problèmes de santé maternelle et néonatale	1.2
Figure 1.2	Des mondes différents	1.5
Figure 1.3	Resultats maternels et des nouveaux-nés	1.14
Figure 1.4	Voie de la bonne santé maternelle et du nouveau-né	1.16
Figure 2.1	Statut inférieur des femmes	2.2
Figure 4.1	Programmation de cadre de travail	4.4
Figure 4.2	Cadre de programmation de CARE Mozambique	4.20
Figure 4.3	Cadre de programmation de CARE Bangladesh	4.24
Figure 5.1	Interrelations entre les interventions affectant les décès maternels et neonatals	5.4
Figure 5.2	Illustration des types de partenariat communautaires	5.5

PREFACE



Il y a une scène de la bible qui vient à l'esprit quand je pense aux femmes, à la maternité et au monde d'aujourd'hui. C'est la scène de la bonne égyptienne, Hagar, soutenant l'enfant d'Abram, assise seule et désespérée dans le désert, où l'ange du seigneur l'a trouvée et lui a dit: "Tu attends un enfant et le Seigneur a entendu ta détresse". Dans le monde d'aujourd'hui, des millions de femmes se retrouvent seules et désespérées dans un désert de négligence et d'obscurité de l'injustice sociale; et quand elles sont en état de grossesse, leurs cris perçants sont souvent non entendus. Faisons le serment que nous assurerons qu'aucune femme avec un enfant ne sera laissée seule dans le désert de la négligence ou du désespoir.

— Dr. Mahmoud Fathalla
Journée Mondiale De la Santé, Avril 7, 1998



Dans chaque culture et aussi loin que l'histoire enregistre, la joie et la douleur de l'accouchement sont incluses dans notre histoire. Comme beaucoup d'autres organismes, le but de CARE est d'aider les femmes à éprouver des grossesses saines et joyeuses et à empêcher la tragédie de la mortalité et de la morbidité maternelles. CARE a une longue et riche expérience d'aide aux communautés et gouvernements en fournissant la santé maternelle remontant aux années 1950. A la fin de la première Décennie de Maternité Sans Risque, CARE a conduit un examen stratégique de l'ensemble de ses programmes sur la santé maternelle et néonatale, dans le but de réaliser des améliorations significatives des possibilités et de la qualité de notre programmation. Ce document a été développé en tant qu'un mécanisme vers la réalisation de ce but. Il a été conçu pour être une synthèse facile à utiliser des dernières publications et leçons apprises dans une variété de pays pour les directeurs de programme. Nous espérons que partager cette expérience, avec les personnes définissant la politique des communautés intéressées, les programmeurs et les praticiens, contribuera à améliorer les soins des mères et des nouveaux-nés dans un proche avenir.

Nous comprenons que la santé maternelle ne peut pas être séparée de la réalité concrète des vies des femmes. Il est peu probable que les programmes de santé maternelle réussissent si les femmes continuent à souffrir de la pauvreté, de la malnutrition, du manque d'occasions de s'instruire, de l'incapacité de contrôler sa fertilité, de la participation limitée aux processus décisionnels du foyer et/ou de l'abus ou de la violence. **Nous croyons que le vrai développement exige que les femmes gagnent la maîtrise de leurs vies, ce qui exige une approche holistique à leurs besoins.**

CARE tâche d'améliorer la vie des femmes par une approche globale. Nos programmes de santé maternelle sont généralement mis en application par une certaine combinaison de santé reproductive, de santé des enfants, d'éducation/alphabétisation de base pour les femmes et les jeunes filles, de apport nutritionnel et de nutrition, d'accès au crédit et à l'épargne, d'aide aux revenus, d'eau et d'hygiène, et de programmes d'urgence, où les femmes sont souvent les plus vulnérables.

CARE travaille vers la promotion de la santé maternelle et néonatale aussi bien que la réduction de la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales. Nous avons saisi une approche qui comprend:

1. évaluation globale de la situation locale;
2. identification, localement, des barrières définies pour accéder aux services de santé maternelle; et
3. choix stratégique des interventions les plus critiques, en coopération avec les partenaires locaux, pour la mise en place dans la communauté et les systèmes de santé.

La prévention de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales est une tâche complexe. Elle exige de nouveaux comportements des mères et de leurs partenaires, une mobilisation de la communauté, et une plus grande utilisation de services de santé maternelle de haute qualité à tous les niveaux. Souvent, ceci signifiera repenser les rôles de l'homme et de la femme, celles-ci gagnant un plus grand accès aux ressources et à l'autorité. En plus des nouveaux comportements, accéder aux services de santé maternelle dépend d'une série d'événements interdépendants, qui doivent fonctionner correctement, et dont beaucoup doivent fonctionner simultanément. Un seul échec dans la chaîne peut avoir comme conséquence la mort et/ou l'invalidité, même si tous les autres maillons fonctionnent correctement. Les membres des foyers, les communautés, les prestataires de la santé, les directeurs de programme, et les décideurs politiques doivent agir de concert pour provoquer un changement durable.

La santé maternelle est une science en évolution. Dans les pages suivantes, nous discutons les éléments d'un système de santé maternelle global, que nous croyons être nécessaire pour réaliser des réductions significatives de la mortalité et de la morbidité, basées sur l'information actuellement disponible.

Maintenant il est l'heure d'agir - de forger et renforcer les collaborations – d'adresser ce problème sérieux et complexe. En ce qui concerne CARE, nous attendons avec intérêt de collaborer avec vous pour travailler vers notre but commun de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales.

DIX ANS PLUS TARD – OU SOMMES-NOUS?

- Une **approche intégrée** aux soins maternels est essentielle. La Communauté et les services de santé doivent collaborer et être soutenus par une logistique adéquate et des systèmes d'information.
- Des stratégies de communication sont nécessaires pour réaliser un **changement de comportement** des chercheurs, des décideurs, et des prestataires de santé.
- "Dépistage de femmes à risques" comme précédemment pratiqué n'est pas aussi efficace dans l'identification des femmes qui peuvent développer des complications obstétricales comme nous l'avions précédemment cru. **L'identification et le traitement précoce des complications peuvent être plus appropriés.**
- La majorité des **décès maternels (45%)**, se produisent pendant les **24 premières heures** après l'accouchement.
- Chaque année **3,3 millions de nouveaux-nés meurent dans la première semaine de vie** et **4,3 millions sont mort-nés.**

Beaucoup de ces décès sont directement liés à une mauvaise santé des mères et à une mauvaise prise en charge de l'accouchement.

- Dans le monde en voie de développement, la **plupart des naissances (63%) se produisent à la maison** et environ **60 millions de femmes accouchent sans l'assistance d'une personne formée.**
- On estime qu'un **tiers des décès maternels (175.500)** pourrait être prévenues en évitant les grossesses non désirées par la planification familiale.
- Les **AT ont un rôle important en obstétrique mais elles ne peuvent pas, par elles-mêmes, réduire la mortalité maternelle** sans contacts appropriés avec les services de santé pour adresser les complications quand elles surgissent.

DEFI POUR LA PROCHAINE DECENNIE

- **Améliorer la participation des femmes dans la prise de décision**, y compris la planification des naissances, et l'accès aux services de soins de santé et ce contrôle des ressources.
- **Responsabiliser les femmes et leurs familles à adopter des comportements sains**: planification des naissances et de leurs complications, y compris reconnaître les signes de danger, savoir l'emplacement des services appropriés de santé qui offrent des services obstétricaux, savoir comment arriver à la formation sanitaire et avoir les ressources pour payer pour les services.
- **Encourager les hommes à appuyer/promouvoir l'accès aux femmes des services de la santé reproductive.**
- Continuer le support des programmes à succès de planification familiale et de santé maternelle, et **étendre des petits projets pilotes au niveau national**
- **Augmenter le nombre d'accouchements assistés par des prestataires compétents.**
- Travailler pour assurer que tous les liens essentiels requis pour un système de référence efficace soient en place incluant un système de transport adéquat, des ressources pour payer pour ces services et des services obstétriques accessibles.
- Communiquer des messages spécifiques pour promouvoir et soutenir les **changements de comportement** d'une manière culturellement acceptable. Les messages devraient habiliter les femmes et leurs familles à insister que les services soient disponibles et qu'ils reflètent les besoins des communautés.
- Assurer l'accès à des services obstétricaux "**Conviviaux pour les mères**", **24 heures par jour**, ayant des médicaments et équipements adéquats, et un personnel compétent qui peut pourvoir à des services de qualité respectueux des femmes et de leur culture.
- Travailler pour assurer que les services répondent aux besoins spéciaux des **adolescents**, femmes souffrant d'abus et de violence, et complications d'avortements risqués.
- Développer de **meilleurs indicateurs** et systèmes de mesure pour documenter le progrès dans la réduction de la mortalité maternelle, morbidité, et la mortalité des nouveaux-nés.
- Augmenter/soutenir l'**appui politique et gouvernemental et les ressources** pour les programmes de santé maternelle.

INTRODUCTION

Nous avons le plaisir de partager avec vous ce guide de référence technique. A la lumière de la première Décennie de la Maternité sans Risque, CARE a procédé à une revue stratégique de son dossier de santé maternelle et a noté que cela constituerait une excellente occasion d'accroître nos compétences et d'améliorer le programme de santé maternelle et néonatale. Le présent document constitue un moyen d'atteindre cet objectif. Il vise à mettre à la disposition du lecteur une synthèse de la littérature la plus récente et des leçons apprises de l'exécution des programmes sur le terrain. Ce document a pour objectif d'aider les responsables des programmes qui sont sur le terrain à mieux élaborer leurs programmes, choisir des interventions efficaces, les mettre en œuvre, les suivre et les évaluer.

Ce document s'adresse principalement aux professionnels de la santé des régions et des districts, aux responsables des projets des organisations non gouvernementales (ONG/OP) et autres planificateurs des pays en voie de développement. Il peut également être utile aux cadres du Ministère de la Santé, au personnel des sièges des ONG/OP, au personnel technique des bailleurs de fonds locaux. Il peut aussi servir de support de formation complémentaire aux professionnels de la santé publique et de la médecine.

Bien que les femmes des zones urbaines ont aussi des problèmes pour accéder aux services de santé maternelle les difficultés sont en général plus prononcées dans les zones rurales qui sont le point central de ce document. Nous pensons que la responsabilité d'améliorer la santé maternelle et néonatale incombe au personnel de la santé, les communautés et les femmes dans le monde en voie de développement. Notre rôle est de les pourvoir en informations et compétences adéquates, afin qu'elles prennent conscience de leur potentiel. Le partenariat, à divers niveaux, est essentiel et constitue un thème récurrent dans l'ensemble du document. Même si le manuel tente de faire une synthèse des écrits et des solutions potentielles, il convient de souligner que la plupart des facteurs décrits varient selon les pays et même les régions à l'intérieur d'un pays. Chaque contexte doit être considéré individuellement et les interventions choisies doivent être adaptées de façon à refléter les besoins et les conditions locales.

L'objectif de ce document est de servir comme un outil de référence qui résume la littérature la plus récente sur le sujet ainsi que les leçons apprises, sous une forme conviviale pour les responsables des programmes des pays en voie de développement. Le document peut être utilisé de diverses manières. Certains lecteurs auront peut-être envie de le lire d'un trait, alors que d'autres préféreront peut-être ne lire que des chapitres spécifiques. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un manuel de formation, le document fait de nombreuses références à des ouvrages de formation qu'il est possible de se procurer. Il peut être une référence utile pour les organisations ou écoles professionnelles pour compléter leurs programmes. Le document présente une longue liste de références, classées par sujet, que certains lecteurs trouveront utiles lorsqu'ils rechercheront plus d'informations.

Pourquoi ce manuel a-t-il été écrit?

A qui est destiné ce manuel?

Quel est le centre d'intérêt de ce document?

Qu'est-ce que ce manuel offre ?

VUE D'ENSEMBLE DES CHAPITRES

Ce document tente de procéder à un examen équilibré de questions controversées, en donnant suffisamment d'informations pour que le lecteur puisse voir les diverses perspectives et approches, et les appliquer à son propre contexte.

LE CHAPITRE UN – décrit l'ampleur du problème, les causes de la mortalité et morbidité maternelles - à la fois médicales et sociales, et le concept des risques auxquels sont exposés les femmes et les nouveaux-nés.

Pourquoi les femmes et les nouveaux-nés meurent –ils

LE CHAPITRE DEUX – met en évidence les facteurs qui ont une influence sur la mortalité et la morbidité avant que la femme ne tombe enceinte. Les facteurs sont : le statut inférieur de la femme, la mauvaise alimentation, la pauvreté la violence à l'encontre des femmes et le manque d'éducation.

Les facteurs précédant la grossesse

LE CHAPITRE TROIS – souligne les facteurs qui affectent la morbidité et la mortalité maternelles et la mortalité néonatale lorsque la femme est enceinte. Ces facteurs sont : les croyances et pratiques, l'alimentation pendant la grossesse, la planification des naissances, les services de soins prénatals, l'accouchement, les "quatre délais" pour accéder aux services de santé maternelle de qualité, les soins post-partum et les soins aux nouveaux-nés.

Facteurs liés à la grossesse

LE CHAPITRE QUATRE – présente 3 éléments (conception, suivi, évaluation) dans le même chapitre pour permettre d'incorporer des éléments des phases de suivi et d'évaluation dans la phase de conception. Ceci permettra aux personnes en charge des programmes de penser aux stratégies d'une manière plus globale. Ce chapitre comprend: ce que nous avons appris, les défis futurs, les méthodologies d'évaluation de la situation sanitaire, les considérations de programme, la mesure de la mortalité maternelle au moyen d'indicateurs approximatifs et le cadre stratégique de CARE.

Conception, suivi et évaluation de programme

LE CHAPITRE CINQ – propose des stratégies et interventions pour pallier aux "quatre retards" dans les soins de santé maternelle. Les Meilleures Pratiques Usuelles sont censées aider les directeurs des programmes et agents de santé sur le terrain à mieux comprendre les composantes essentielles des services qu'ils fournissent. Elles peuvent également appuyer les efforts communautaires de mobilisation afin de déterminer les zones sur lesquelles il faut se concentrer, les questions-clé et les messages. Il y a plusieurs tableaux utiles qui peuvent faire partie des programmes de formation. Les sujets comprennent: le partenariat, l'éducation à la santé, la mobilisation communautaire, l'amélioration des services, les premiers soins obstétricaux, les soins obstétricaux essentiels, la solution aux "quatre retards", le développement des ressources humaines, les pratiques et services prénatals, les soins post-partum, les soins post-avortement, et les soins aux nouveaux-nés.

Interventions et meilleures pratiques usuelles

LE CHAPITRE SIX – présente les activités, les résultats et les leçons tirées de la mise en œuvre des programmes nationaux. Ce chapitre s'articule autour des thèmes suivants: les programmes généraux comportant plusieurs interventions, les matrones, les programmes communautaires, les services obstétricaux, les soins aux nouveaux-nés et la politique y afférent. Chaque section comprend une description des activités entreprises, les succès et échecs dans l'exécution et les résultats obtenus.

Leçons apprises des programmes nationaux

LISTE DES ACRONYMES

ACDI	Agence Canadienne pour le Développement International	Mcg	Microgram
ACNM	American College of Nurse Midwives	MDH	Ménages dirigés par des hommes
AGI	Alan Guttmacher Institute	MEP	Malnutrition en Protéines
AGR	Activités Génératrices des Revenus	Mg	milligram
ALC	Amérique Latine et les Caraïbes	MDF	Ménages Dirigés par des Femmes
ASV	Agents de Santé Villageois	MOGF	Mutilations des Organes Génitaux de la Femme
AT	Accoucheuses traditionnelles	MSAPBF	Ministère de la Santé et de l' Assistance pour le Bien-être de la Famille
AVCA	Analyses Volontaires et confidentielles et Assistance	MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
AVSC	Association of Safe and Voluntary Contraception	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
BCG	Bacillus Calmette Guerin	ONG	Organisation Non-Gouvernementale
BIPHERT	Bangladesh Institute of Research for Promotion of Essential and Reproductive Health and Technologies.	PA	Pression Artérielle
BSOG	Bangladesh Society of Obstetricians and Gynecologists	PAG	Petit pour l'Age de Gestation
CAF	Comprimés d'Acide folique et Fer	PF	Planification Familiale
CARE	Coopérative pour l'assistance et le secours partout	PFN	Poids Faible de Naissance
CM	Collège Médicale	PMM	Prevention of Maternal Mortality Network
CST	Complexe Sanitaire de Thana	PNB	Produit National Brut
CVA	Carence de la Vitamine A	Pos	Par Voie Orale
DALY	Disability Adjusted Life Years	RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
DC	Disproportion du Cephalopelvien	RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
EPA	Etude Participatoire dans l'action	RPR	Reactive Plasma Regies
ERP	Evaluations Rurales Participatoires	SIDA	Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis
FAP	Femmes en Age de Procréer	SMEF	Sécurité des Moyens d'existence du foyer
FHI	Family Health International	SMI	Santé Maternelle et Infantile
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population	SOE	Soins Obstétricaux Essentiels
FVV	Fistule Vesico-Vaginale	SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
GW	Agwandi Worker	SP	Sulfadoxine -Pyrimethanine
HAG	Hypertension Artérielle Gravidique	SRO	Sels de Réhydratation Orale
HD	Hôpital de District	TL	Taux de Létalité
Hg	Hémoglobine	TME	Transmission Mère-Enfant
HPP	Hémorragie du Post-Partum	TMI	Taux de Mortalité Infantile
ICDDR,B	International Centre for Diarrheal Disease Research, Bangladesh	TMN	Taux Mortalité Néonatale
IEC	Information, Education et Communication	TMP	Taux Mortalité Périnatale
INACP	Institut de la Nutrition de l'Amérique Centrale et de Panama	TN	Taux de natalité
IPA	Infections Pulmonaires Aiguës	TPC	Taux de Prévalence des Contraceptifs
IV	Intraveineux	UI	Unités internationales
		UNICEF	Agence des Nations Unis pour l'Enfance
		USAID	Agence Américaine pour le Développement international
		VAT	Vaccin Anti Tétanos
		VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
		ZDV	Zidovudine

1

POURQUOI LES FEMMES ET LES BEBES MEURENT-ILS?

I.	MORTALITÉ MATERNELLE, MORBIDITÉ MATERNELLE, ET LES DÉCÈS DE NOUVEAUX-NÉS	1.1
A.	La mortalité maternelle	1.4
B.	La morbidité maternelle	1.8
C.	Les effets de la mauvaise Santé maternelle sur les nourrissons, les enfants et les familles	1.9
D.	La mortalité périnatale et néonatale	1.10
II.	LE CADRE CAUSAL: UNE ISSUE POUR DES MÈRES ET DES NOUVEAUX-NÉS EN BONNE SANTÉ	1.13
III.	POURQUOI LES FEMMES ET LES NOUVEAUX-NÉS DU MONDE EN VOIE DE DEVELOPP- MENT COURENT-ILS PLUS DE RISQUES DE MORBIDITÉ ET DE MORTALITÉ?	1.17
A.	Le statut Inférieur des Femmes	1.19
B.	La natalité élevée	1.20
C.	La qualité des services obstétricaux	1.20
IV.	LES CAUSES MÉDICALES DE LA MORTALITÉ ET DE LA MORBIDITÉ MATERNELLES ...	1.22
A.	Les causes directes	1.22
B.	Les causes indirectes	1.25
V.	LES CAUSES DE DÉCÈS DES NOUVEAUX-NÉS	1.27
A.	Faible poids de naissance	1.28
B.	Les infections	1.28
C.	L'hypothermie	1.29
VI.	CONCLUSION	1.29

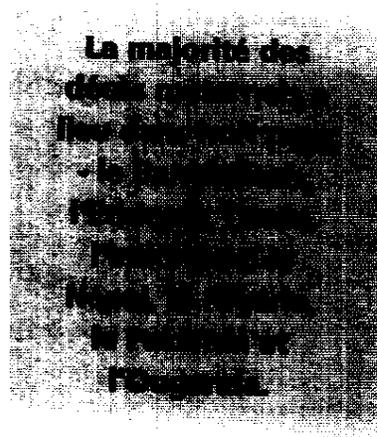
Chaque jour, au moins 1600 femmes meurent de complications de grossesse et d'accouchements. Ce qui représente 585,000 femmes - au minimum - décédées chaque année. La majorité de cette mortalité - presque 90% - a lieu en Asie et en Afrique Subsaharienne. Parmi les femmes en âge de procréer dans les pays en voie de développement, entre 25 et 33 pourcent des décès, résultent de complications de grossesses et d'accouchements. De surcroît, il y a presque 8 millions de nouveaux-nés (4.3 de mort-nés et 3.3 de morts néonatales) qui meurent tard dans la grossesse ou peu de temps après la naissance.

- Journée de la santé mondiale pour la maternité sans Risque
Brochure de Presse

I. MORTALITÉ MATERNELLE, MORBIDITÉ MATERNELLE, ET LES DÉCÈS DE NOUVEAUX-NÉS

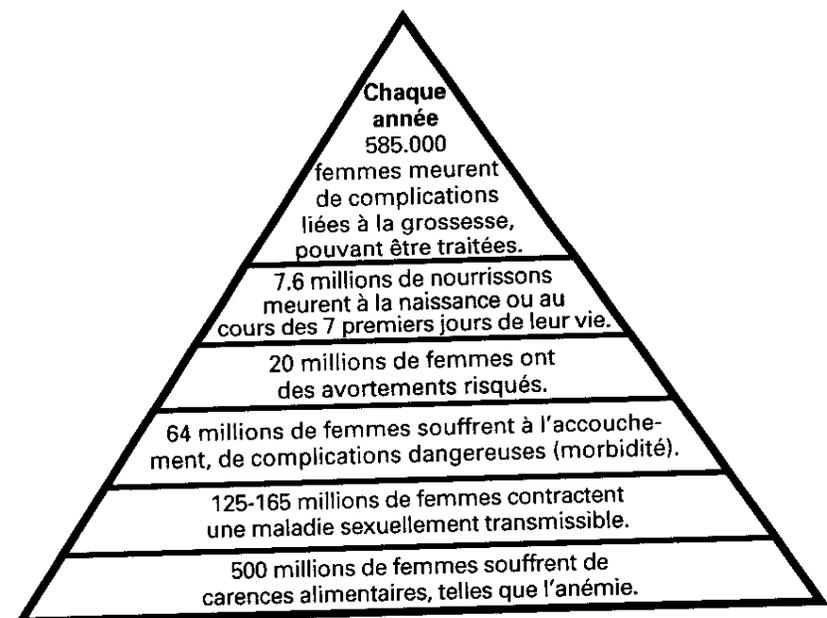
La grossesse est en général considérée comme un état sain et une cause de joie dans la famille. La majorité des grossesses se déroulent sans problème et bon nombre de femmes ne se rendent même pas compte que la grossesse peut constituer un risque potentiel pour leur santé. *Cependant, on estime que 40% du nombre total de femmes en grossesse connaissent une forme quelconque de complication(s) liée à la grossesse et que 15% développeront une (des) complication(s) pouvant mettre en danger leur vie et nécessitant des soins obstétricaux⁽¹⁾. 85% des décès maternels résultent de cinq causes principales: hémorragie du post-partum, avortement risqué, septicémie, dystocie et les troubles dus à l'hypertention artérielle gravidique (HAG) comme la pré-éclampsie. Les causes indirectes comme l'anémie et le paludisme représentent 15% environ des décès maternels⁽¹⁾.*

L'Initiative de la maternité sans danger a été lancée à Nairobi, il y a une décennie (1987) afin de favoriser une prise de conscience et d'amener la communauté internationale dans son ensemble à faciliter un plan d'action pour s'attaquer à ce problème complexe. Cette initiative a bénéficié d'un important soutien de la part des autres organismes internationaux. Au Sommet Mondial de l'Enfance qui s'est tenu en 1990, 166 pays ont signé une Déclaration relative à un plan d'action, dont l'un des sept objectifs était de réduire la mortalité infantile de 50% en l'an 2000. A la Conférence sur la Population et le Développement qui s'est tenue au Caire en 1994, il y avait un consensus général sur le fait que les problèmes des femmes doivent être abordés de manière globale, si l'on espère réaliser les objectifs de développement humain. Le Programme d'Action a souscrit "au droit d'accéder aux services de soins appropriés qui permettront aux femmes d'avoir une grossesse et un accouchement sans danger, ainsi qu'au droit de la femme de choisir le nombre d'enfants qu'elle désire et le moment de les avoir"⁽¹⁾.



La figure 1.1 souligne l'ampleur de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale. Si, en se basant sur les chiffres de la figure 1.1, les calculs sont effectués pour ces dix dernières années, 6 millions de femmes sont mortes du fait de complications liées à leur grossesse, et 640 millions de femmes ont souffert de maladies/lésions (morbidités liées à la grossesse). Ces femmes ne sont pas vieilles ou malades; elles sont dans la fleur de l'âge et sont les piliers de leur culture. Par ailleurs, 76 millions de décès de nourrissons se sont produits, en grande partie à cause d'une mauvaise santé maternelle et/ou de complications à l'accouchement.

**FIGURE 1.1:
AMPLEUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ
MATERNELLE ET NEONATALE**

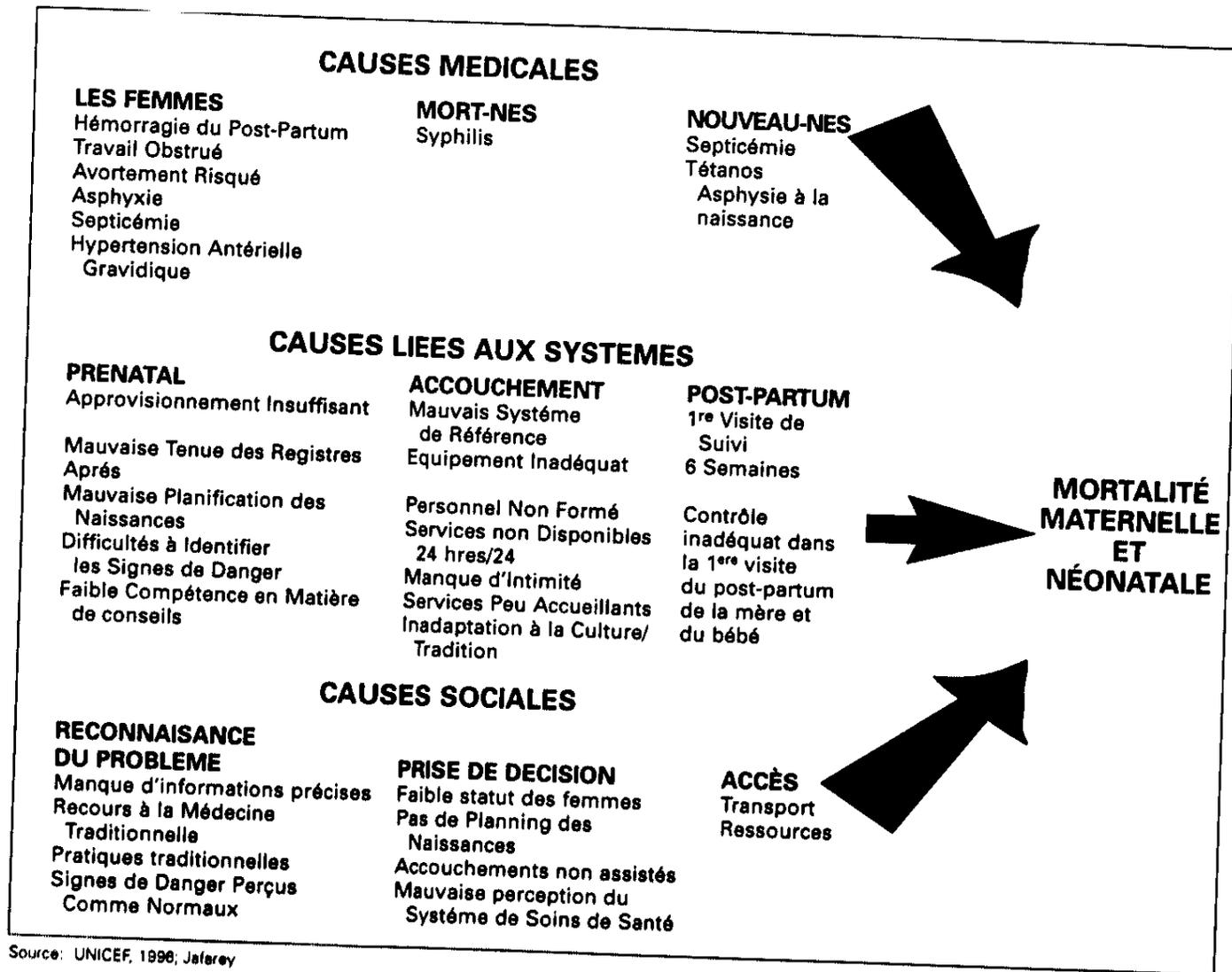


Source: MotherCare Matters, 1997; OMS, 1998

Les décès maternels résultent d'une combinaison de facteurs sociaux, de causes médicales et d'insuffisances des systèmes qui entraînent la mortalité maternelle et néonatale.

Pourquoi donc tant de femmes et d'enfants meurent-ils? Certains pays ont pu mettre en œuvre un ensemble d'interventions simples, disponibles et abordables pour réduire les décès maternels. Alors, pourquoi ces pratiques ne sont-elles pas plus répandues? *"Parce que personne ne les connaît – personne ne s'en préoccupe – et personne ne planifie⁽²⁾."* Les gens ignorent souvent à quel point les complications liées à la grossesse peuvent être graves ou que des solutions efficaces existent. Ceci est vrai pour la mortalité et la morbidité à la fois maternelle et néonatale. Les personnes – décideurs, responsables de programmes, planificateurs, prestataires de services de santé – qui ont le pouvoir et les ressources pour s'attaquer à cette situation, ne pensent pas assez que la réduction des décès maternels et néonataux constitue une priorité. Par ailleurs, les gens – les leaders de la communauté; les décideurs au sein du ménage et les femmes elles-mêmes ne connaissent pas assez les signes de danger et ce qu'il faut faire pour accéder aux soins. Il est nécessaire de se préparer à ces complications et de faire en sorte que des mesures rapides soient prises pour rechercher des services de santé, en cas de complications⁽²⁾.

TABEAU 1.1
LIENS EXISTANT ENTRE LES FACTEURS CONTRIBUTANT
À LA MORTALITÉ ET À LA MORBIDITÉ



Source: UNICEF, 1998; Jafarey

Les décès maternels résultent d'une combinaison de facteurs sociaux, de causes médicales et d'insuffisances des systèmes qui entraînent la mortalité maternelle et néonatale. Ces facteurs, qui varient selon le contexte et la culture, sont présentés dans le tableau 1.1 et examinés plus en détail dans les Chapitres 2 et 3.

En ce qui concerne l'impact, les progrès en matière de santé maternelle sont généralement exprimés en termes de Ratio de Mortalité Maternelle et/ou de Taux de Mortalité Maternelle. Ces deux termes sont souvent confondus. Même s'ils font tous deux référence au nombre de femmes qui meurent pendant la grossesse ou dans les 42 jours qui suivent la grossesse, ils ont des dénominateurs différents. Le taux est calculé par rapport aux femmes en âge de procréer (FAP) tandis que le ratio se calcule par rapport aux naissances vivantes. Le Ratio de Mortalité Maternelle est le terme le plus couramment utilisé. Dans le présent document, le sigle RMM signifiera Ratio de Mortalité Maternelle. (Voir Glossaire).

Le Taux de Mortalité Maternelle et le Ratio de Mortalité Maternelle sont, tous deux, difficiles à mesurer parce qu'ils nécessitent des échantillons de grande taille pour détecter les changements qui interviennent au fil du temps. Par conséquent, il n'est pas réaliste de tenir responsables les programmes, notamment ceux de petites tailles, à ce niveau. Il est peut être opportun qu'un exercice au niveau national mesure, tous les 4 ou 5 ans, la somme de plusieurs efforts. On peut avoir recours à des mesures empiriques, telles que les besoins en soins obstétricaux insatisfaits, même si on a toujours besoin de meilleurs indicateurs (Voir Chapitre Quatre - Tableau 4.4 pour des exemples d'indicateurs).

Le Taux de Mortalité Périnatale (TMPN) se rapporte aux décès en fin de grossesse et durant les sept premiers jours de la vie. Le Taux de Mortalité Néonatale (TMNN) se rapporte aux nouveaux-nés décédés au cours du premier mois. Ces taux mesurent les progrès par rapport à la santé infantile (voir glossaire). Il a été suggéré que la mortalité périnatale pourrait constituer un bon indicateur empirique de la mortalité maternelle, mais cela ne semble pas être le cas. Plusieurs autres facteurs, sans relation avec la mortalité maternelle, influencent la mortalité périnatale.

A. La Mortalité Maternelle

Les décès maternels illustrent les grandes disparités qui existent entre les pays développés et ceux en voie de développement (Voir Tableau 1.2). A l'exception de la Chine, trois pays – l'Inde, le Bangladesh et le Pakistan – représentent 28% des naissances et 46% des décès maternels. De même, bien que 11% des femmes en âge de procréer vivent en Afrique, elles représentent 40% des décès maternels dans le monde. Dans bon nombre de pays en voie de développement, les décès maternels représentent jusqu'à 25% du nombre total de décès des femmes en âge de procréer⁽¹⁾.

TABLEAU 1. 2
DECES MATERNELS PAR REGION

Région	Totalité des décès	Ratio de Mortalité Maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)
Europe	3.000	36
Amériques	23.000	140
Amérique Latine	Inclus dans les Amériques	270
Asie Centrale	14.000	560
Asie	291.000	390
Moyen Orient et Afrique du Nord	35.000	340
Afrique	219.000	1.000
Total	585.000	N.A

Source: (1) UNICEF, OMS, 1996

FIGURE 1.2

DES MONDES DIFFERENTS



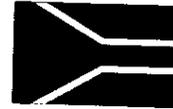
LE MONDE DÉVELOPPÉ

L'américaine ou l'européenne moyenne:

- bénéficie de 10 consultations prénatales, au moins, avec un prestataire qualifié;
- suit un régime équilibré et;
- planifie son accouchement, y compris un accouchement dans un centre ayant des prestataires qualifiés.

Aux Etats-Unis, la plupart des femmes accouchent dans des institutions médicales, ainsi en cas de complications, il est facile de les traiter. Si elles ne sont pas encore arrivées à l'institution et que des complications surviennent, la plupart d'entre elles:

- connaissent les signes de danger et peuvent décider de demander de l'aide;
- savent où s'adresser pour obtenir de l'aide et peuvent appeler un taxi ou une ambulance qui arrivera en 30-45 minutes, et;
- lorsque qu'elles arrivent à l'hôpital, elles sont rapidement prises en charge par un personnel et un système de soins bien équipé pour faire face aux urgences.



LE MONDE EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

A l'opposé, la femme africaine ou asiatique moyenne:

- bénéficie d'une ou deux consultations prénatales avec un prestataire qualifié;
- peut ne pas avoir d'argent pour manger convenablement, et doit travailler dans les champs pendant de longues heures;
- peut souffrir d'une maladie infectieuse qui n'est pas bien traitée pendant sa grossesse (par exemple le paludisme); et,
- habituellement ne planifie pas son accouchement;

La plupart des femmes accouchent en général à domicile avec l'aide de sa belle-mère ou d'une femme plus âgée de la communauté. En cas de complications, la plupart des femmes:

- ne connaissent pas les signes de dangers et ne les détectent pas très tôt;
- ne savent où s'adresser pour obtenir des soins et ont besoin de la permission de leur époux pour se rendre dans une infrastructure médicale peut-être éloignée; et
- ont des difficultés à trouver un moyen de transports et des fonds pour payer ces services.

Si elles arrivent à se rendre dans une formation sanitaire elles devront probablement attendre longtemps avant de trouver un prestataire de services de santé qui peut ou peut ne pas être formé, ou les médicaments permettant de traiter correctement une complication.

On estime que 75 à 85% du nombre total des décès maternels ont cinq principales causes médicales: l'hémorragie du post-partum (HPP); l'avortement pratiqué dans des mauvaises conditions; la septicémie; la dystocie; et les troubles dus à l'hypertension causée par la grossesse, tels que la pré-éclampsie. Les causes indirectes telles que l'anémie et le paludisme représentent 15-20% environ des décès maternels⁽⁴⁾.

Le Tableau 1.3 présente chaque cause ainsi que la fourchette de sa contribution au nombre total de décès maternels selon plusieurs sources. Afin de concevoir et de mettre en œuvre des programmes efficaces permettant de s'attaquer aux causes principales de mortalité et de morbidité maternelles, l'accent doit être mis sur l'importance relative de chaque condition (par exemple, hémorragie du post-partum) plutôt que sur les chiffres en tant que tels.

TABLEAU 1.3
PRINCIPALES CAUSES DE DECES MATERNELS

CAUSE	POURCENTAGES ESTIMÉS	DÉCÈS ESTIMÉS/ AN
Hémorragie	25 - 31%	146.250 - 163.800
Avortement pratique dans des mauvaises conditions	13 - 19%	76.050 - 111.150
Hypertension artérielle gravidique	10 - 17%	58.500 - 99.450
Dystocie	11 - 15%	64.350 - 87.750
Septicémie	11 - 15%	64.350 - 87.750
Autres complications obstétricales	6 - 8%	35.100 - 46.800
Causes indirectes	15 - 20%	87.750 - 117.000

Source : OMS, 1991, UNICEF, 1996

Pendant des années, la communauté médicale a recommandé une visite post-partum six semaines après l'accouchement et la plupart des programmes sont basés sur cette recommandation. Cette visite vise surtout à fournir aux femmes des informations sur la planification familiale (PF) et les inviter à commencer à vacciner leurs enfants. Il est trop tard pour identifier, à la fois chez la mère et le nouveau-né, les complications qui entraînent la mortalité.

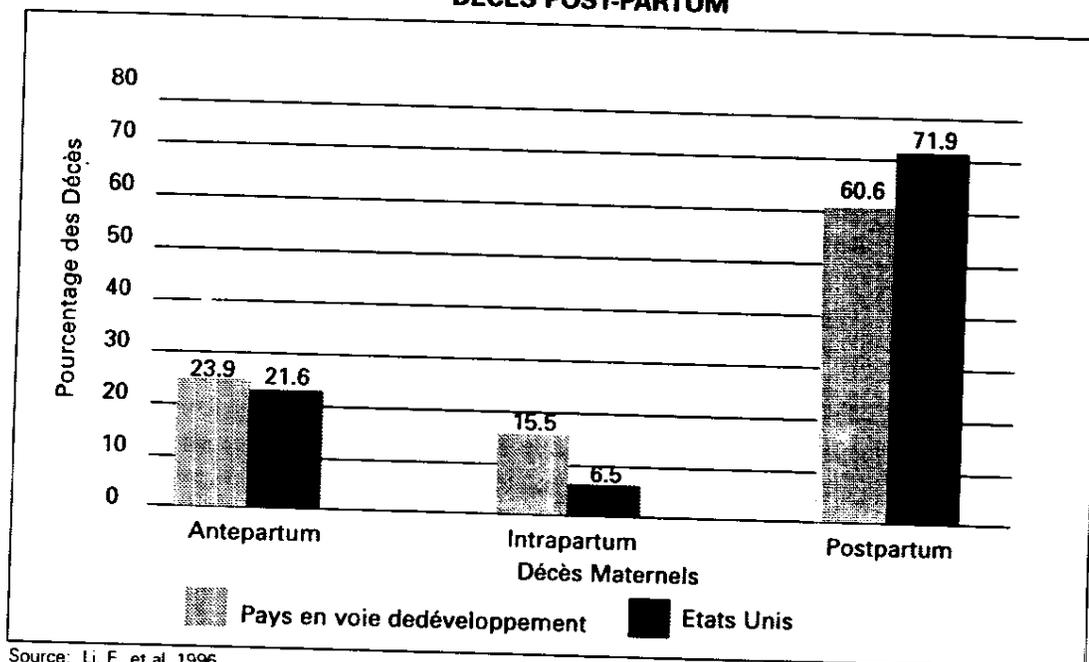
TABLEAU 1.4
INTERVALLES DU COMMENCEMENT JUSQU'AU DÉCÈS - DES COMPLICATIONS OBSTETRICALES

COMPLICATIONS	NBRE D'HEURES	NBRE DE JOURS
Hémorragie du Post-partum et Ante-partum	2 12	
Rupture utérine		1
Eclampsie		2
Dystocie		3
Infection		6

Source: Li, 1996

Selon des études récentes, la majorité des décès maternels (60%) ont lieu au cours de la première semaine après l'accouchement. 45% des décès ont lieu au cours des 24 heures qui suivent l'accouchement et 23 autres pourcent se produisent 2 à 7 jours après l'accouchement, comme le montre le tableau 1.4.⁽³⁾ Malheureusement, les soins pendant cette période critique ont été négligés dans bon nombre de régions dans le monde.

**TABLEAU 1.5
DECES POST-PARTUM**



Source: Li, F., et al, 1996

Les chercheurs ont découvert que les RMM les plus élevés pour la période post-partum concernaient :

Les femmes entre 35-44 ans et étaient dus à:

- des complications suite à un avortement (268/100.000);
et
- une hémorragie du post-partum (224/100.0000).

Les femmes entre 15 et 19 ans et étaient dus à:

- une hypertension artérielle gravidique (127/100.000);
- des complications suite à un avortement (119/100.000);
et
- une hémorragie du post-partum (110/100.000)⁽³⁾.

Ces problèmes constituent un défi majeur pour le système de santé, notamment dans les endroits où la majorité des naissances ont lieu à domicile. Ces femmes meurent souvent chez elles sans jamais voir un prestataire qualifié.

B. La Morbidité Maternelle

La morbidité maternelle n'est que la partie visible de l'iceberg. Outre les 585.000 femmes qui meurent chaque année, 64 millions de femmes environ, sont affectées par des lésions invalidantes et des maladies chroniques suite à des complications liées à la grossesse⁽¹⁾. La gravité des morbidités maternelles varie. Ces morbidités comprennent les fistules, les déchirures, l'anémie, le prolapsus de l'utérus, les lésions urètro-vésicales, les infections uro-génitales et l'infertilité.

On pensait jadis que le rapport entre les morbidités et la mortalité maternelles était de 30 contre 1. Cependant, une étude menée par Family Health International (FHI) a montré que les morbidités maternelles étaient beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pensait auparavant. En Egypte, il y avait 1000 épisodes de maladie pour chaque décès maternel; 700 au Bangladesh; 600 en Inde⁽⁵⁾.

La recherche a clairement prouvé que les morbidités maternelles, telles que l'anémie, réduisent la productivité économique et domestique et compromettent la qualité de vie. Une mauvaise santé amoindrit les capacités de la femme à assumer ses responsabilités domestiques, économiques et reproductives. Des études sur des ouvrières sri-lankaises travaillant dans les plantations de thé et sur leurs homologues chinois travaillant dans les filatures de coton, font état d'une baisse de productivité résultant d'anémie due à des carences en fer. Ces études ont également confirmé les effets positifs de la supplémentation en fer⁽⁶⁾.

L'une des lésions les plus fréquente est la fistule vésico-vaginale (FVV) – une déchirure entre le vagin et la vessie permettant à l'urine de passer dans le vagin, rendant les femmes stériles et aboutissant souvent à des mort-nés.

On estime que 1.5 à 2 millions de femmes souffrent de fistule en Afrique et qu'il y a environ 50.000 à 100.000 nouveaux cas, chaque année. Ces femmes, en général très jeunes, sont souvent rejetées du fait de leur stérilité. Au Nigéria, on les force à vivre dans des "maisons à urine", des maisons pour les femmes avec fistules, parce que leur mari et leur famille ne veulent plus d'elles.

Une autre lésion courante est le prolapsus de l'utérus, lorsque l'utérus fait saillie dans le vagin suite à l'affaiblissement des ligaments utérins. Dans les zones rurales de l'Egypte, une étude communautaire a constaté qu'au moins la moitié du nombre total de femmes souffraient de prolapsus de l'utérus⁽⁶⁾. Ces deux conditions peuvent être facilement traitées par des interventions chirurgicales simples. Cependant beaucoup de femmes doivent souffrir de ces conditions parce qu'elles n'ont pas accès à des services de reproduction de qualité et/ou parce que leur famille ne veut pas qu'elles soient hospitalisées pour recevoir un traitement.

C. *Les Effets de la Mauvaise Santé Maternelle sur les Nourrissons, les Enfants et les Familles*

Dans les pays en voie de développement, le décès d'une mère pendant l'accouchement signifie pratiquement la mort du bébé et de graves conséquences pour les enfants plus âgés. Lorsque les femmes meurent en couches ou suite à un avortement risqué, elles laissent derrière elles environ deux millions d'enfant chaque année dont les chances de survie sont très amoindries.

La mort d'une mère est particulièrement difficile pour les filles plus âgées qui doivent assumer, quel que soit leur âge, les responsabilités de la mère. Elles doivent souvent quitter l'école pour s'occuper de la maison et de leurs jeunes frères, ou chercher un emploi rémunéré. Selon une étude réalisée au Bangladesh, le taux de mortalité des filles orphelines de mère était plus élevé que celui des garçons orphelins de mère. Le taux était de 40/1.000 pour les filles lorsque les deux parents étaient vivants, mais ce taux était passé à 175/1.000 en cas de décès de la mère. Par contre, les décès de garçons était de 25/1.000 lorsque les parents étaient vivants et 75/1.000 lorsque la mère mourrait⁽⁶⁾.

La santé et l'état nutritionnel des femmes constituent une préoccupation nationale, familiale et individuelle parce qu'ils affectent la prochaine génération. La mort d'une femme qui a entre 15 et 45 ans a d'importantes conséquences économiques et sociales pour sa famille et pour la société dans son ensemble. Dans la plupart des sociétés, les femmes gèrent le foyer, préparent les repas, entretiennent les habitations et s'occupent des enfants, des grands parents et autres membres de la famille. Les femmes travaillent souvent dans les champs, s'occupent du bétail et vont chercher l'eau et du bois. Bon nombre de femmes contribuent aussi directement au revenu monétaire du ménage. Une étude a démontré que 25% des ménages dépendent des femmes pour au moins la moitié de leur revenu⁽⁶⁾.

D. *La Mortalité Périnatale et Néonatale*

La grossesse suppose la dyade de la mère et du fœtus. La mauvaise santé maternelle affecte directement le taux de mortalité périnatale et néonatale. Chaque année, près de 8 millions de nouveaux-nés meurent pendant une grossesse avancée, à la naissance ou peu de temps après, suite à des soins maternels insuffisants ou à une prise en charge inadéquate des complications liées à la grossesse. On estime qu'il y a 4,3 millions de mort-nés et 3,3 millions de décès néonataux chaque année. Trois pays – l'Inde, le Bangladesh et le Pakistan – représentent 37% des décès néonataux dans le monde⁽⁵⁾. En Asie, la mortalité périnatale est due à trois facteurs:

1. la mauvaise santé et la mauvaise alimentation de la mère (37%);
2. la mauvaise prise en charge des complications obstétricales (21%); et
3. des causes inconnues (22%)⁽⁷⁾.

On estime qu'il y a 4,3 millions de mort-nés et 3,3 millions de décès néonataux chaque année. Trois pays – l'Inde, le Bangladesh et le Pakistan – représentent 37% des décès néonataux dans le monde.

Avec les efforts importants accomplis par les programmes de vaccinations et de lutte contre les maladies infantiles, les décès postnatals (2-12 mois) ont baissé tandis que les décès néonataux (le premier mois) ont augmenté proportionnellement au nombre total de décès de nourrissons. Par exemple, au Népal, la mortalité néonatale représente 66% du total des décès de nourrissons, dont la majorité - soit les deux tiers - intervient pendant les sept premiers jours de la vie⁽¹¹⁾.

90% des décès néonataux ont lieu dans le monde en voie de développement. Le taux de mortalité néonatale le plus élevé est de 51 pour 1.000 naissances vivantes en Asie du sud où il y a plus de 2 millions de décès néonataux par an⁽¹¹⁾. Le Tableau 1.6 présente les disparités régionales entre ces taux, et le Tableau 1.7: les pays qui ont le TMPN le plus élevé.

TABLEAU 1.6
MORTALITE PERINATALE ET NEONATALE PAR REGION

RÉGION	MORTALITÉ PÉRINATALE	MORTALITÉ NÉONATALE
Asie	53/1.000	41/1.000
Afrique	75/1.000	42/1.000
Amérique Latine & Caraïbes	39/1.000	25/1.000

Source: OMS, 1996

TABLEAU 1.7
TAUX DE DECES PERINATALS PAR PAYS

DÉCÈS PÉRINATALS 70-90 POUR 1,000 NAISSANCES*	DÉCÈS PÉRINATALS 90-110 POUR 1,000 NAISSANCES*	DÉCÈS PÉRINATALS 110 OU PLUS POUR 1,000 NAISSANCES*
Bangladesh	Angola	Guinée
Bénin	Afghanistan	Liberia
Burkina Faso	Bhutan	Somalie
Cameroun	République Centre-Africaine	
Guinée E.	Ethiopie	
Erythrée	Gambie	
Guinée Bissau	Mali	
Haiti	Mauritanie	
Laos	Mozambique	
Malawi	Nigéria	
Népal	Niger	
Pakistan		
Sénégal		
Sierra Leone		
Togo		
Ouganda		
Yémen		
Zambie		
Zaïre		

* Les naissances sont les mort-nés plus les décès au cours des sept premiers jours.

Source: OMS, 1997

L'OMS estime que 85% des décès de nouveaux-nés sont dus à des infections dont la septicémie; la pneumonie et le tétanos; l'asphyxie et les traumatismes à la naissance⁽⁹⁾ (Voir Tableau 1.8). Les infections de la mère au cours de la grossesse, telles que le paludisme et les Maladies Sexuellement Transmissibles (les MST), notamment la syphilis et le VIH, ont des effets négatifs sur le nouveau-né (Voir Chapitre 1, Section IV: pour plus de détails).

TABLEAU 1.8
CAUSES DE DECES NEONATALS

CAUSE DE DECES	NOMBRE DE DECES	POURCENTAGE
Asphyxie à la naissance	840.000	21
Traumatisme à la naissance***	420.000	11
Tétanos néonatal	560.000	14
Septicémie	290.000	7
Pneumonie	755.000	19
Diarrhée	60.000	2
Prématurité***	410.000	10
Malformations congénitales	440.000	11
Autres	205.000	5

Source: OMS, 1994

**Il y a presque
500.000 cas de
tétanos néonatal
chaque année,
survenant surtout
dans 12 pays.**

**la Chine
le Nigéria
le Pakistan
l'Inde
l'Indonésie
le Bangladesh
l'Ethiopie
le Ghana
le Népal
le Zaïre
le Somalie
le Sudan**

L'insuffisance d'informations sur les décès périnataux et néonataux constitue un sérieux problème dans le monde en voie de développement. Les systèmes d'enregistrement, cruciaux pour la documentation de ces événements, sont inadéquats dans de nombreux pays, notamment dans les pays où les définitions ne sont pas claires et où accoucher d'un mort-né peut être réprouvé, sur le plan social. Par ailleurs, dans de nombreux pays un nouveau-né n'est pas reconnu tant qu'il n'a pas survécu à une période allant d'une semaine à quarante jours, lorsque les cérémonies traditionnelles de baptême ont lieu. Les décès périnataux et néonataux diminuent plus lentement que la mortalité infantile parce qu'ils sont moins sensibles aux effets des programmes de développement socio-économique ou de survie de l'enfant.

Les nouveaux-nés n'ont généralement pas accès à un agent de santé ou à des infrastructures au cours du premier mois de leur vie et ils meurent souvent à la maison. Cependant, même lorsqu'ils sont effectivement amenés à un centre de santé, soit ils y arrivent trop tard soit le personnel médical n'est pas préparé à fournir des services de qualité. De nombreuses études ont documenté un taux de létalité élevé, indiquant la mauvaise qualité des soins. (Voir Tableau 1.14).

II. LE CAUSES DU PROBLEME: UNE ISSUE POUR LES MERES ET LES NOUVEAUX-NES EN BONNE SANTE

De nombreux modèles existent concernant les différents aspects des interrelations qui contribuent à la mortalité et la morbidité maternelle, et aux décès néonataux. Le modèle de l'UNICEF identifie la grossesse comme le "facteur de risque" pour le développement des complications obstétricales. **Par conséquent, si la femme ne tombe pas enceinte, elle ne développera pas de complications.**

D'autres modèles montrent que dès qu'une femme est enceinte et souffre de complications, il y a quatre principaux retards qui contribuent et/ou qui causent la mortalité maternelle, et qui peuvent accroître la gravité des morbidités ; ce sont :

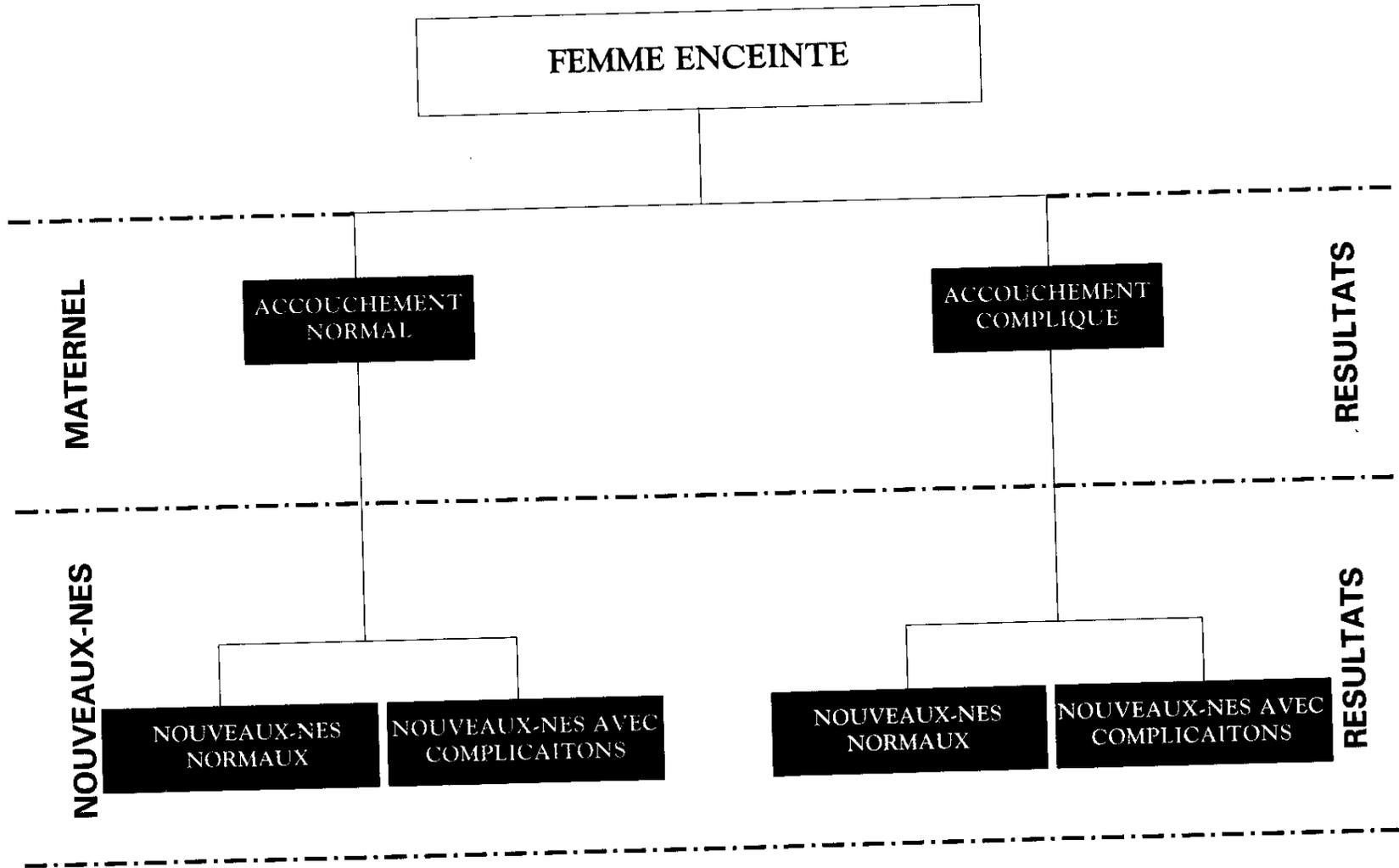
- **Retard #1: Retard dans la reconnaissance du problème;**
- **Retard #2: Retard dans la décision de rechercher des soins;**
- **Retard #3: Retard pour arriver au centre de santé; et**
- **Retard #4: Retard dans le traitement au centre de santé⁽¹⁴⁾.**

Ces retards varient en fonction du contexte et n'apparaissent par forcément dans l'ordre. Dans certains cas, un seul retard constituera un obstacle alors que dans d'autres, plusieurs interventions seront peut-être nécessaires pour faire face à tous les retards. Les retards fournissent un modèle utile lors de l'évaluation initiale des facteurs sociaux et systémiques qui contribuent à la mortalité maternelle et néonatale dans un contexte particulier.

Le schéma 1,3 décrit les types de résultats maternels et de nouveaux-nés qui peuvent se produire quand une femme devient enceinte. Si la femme est enceinte elle peut avoir un accouchement normal ou développer une complication. Dans ces deux scénarios, le nouveau-né peut être normal ou souffrir d'une complication comme présenté sur le schéma 1,3. La survie maternelle et du nouveau-né, comme décrit sur les schémas 1,3 et 1,4 sont liées de manière complexe.

L'expérience a prouvé qu'il y a plusieurs facteurs qui peuvent influencer le type de résultats qu'une femme et son nouveau-né peuvent avoir. Le schéma 1,4 décrit plusieurs facteurs qui peuvent contribuer à changer ces résultats. Par exemple, si une femme développe une complication et qu'il y a des retards en identifiant le problème et ou pour recevoir les soins, la femme est plus susceptible de mourir. Réciproquement, si une décision opportune est prise pour chercher des soins et la femme est convenablement traitée et contrôlée, sa probabilité de survie serait plus grande. De

FIGURE 1.3
RESULTATS MATERNELS ET DES NOUVEAUX-NES



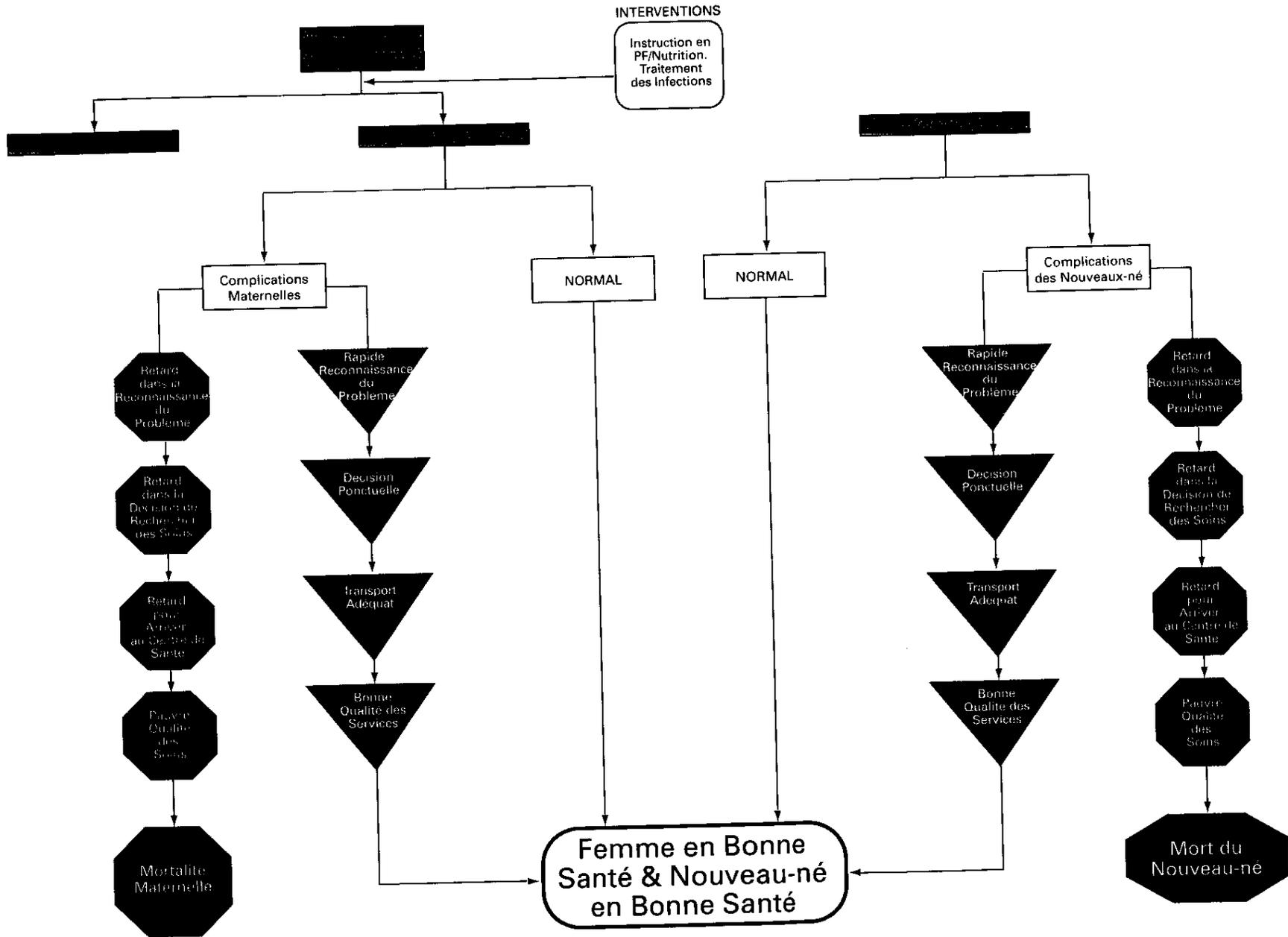
barrières similaires existent pour s'assurer que les soins soient obtenus et que les complications soient convenablement contrôlées d'une façon opportune pour les nouveaux-nés. Bien que le schéma 1,4 soit unidimensionnel, comme précédemment indiqué, nous comprenons entièrement que les complications maternelles affectent de manière significative les résultats des nouveaux-nés.

Le Figure 1.4 décrit un "passage pour les mères et les nouveaux-nés en bonne santé" qui est un résumé des nombreux modèles qui ont servi de guide dans la programmation de CARE sur la santé maternelle et néonatale. Ce passage s'appuie sur les principes suivants:

1. Si une femme ne devient pas enceinte, elle ne peut pas développer une (des) complication(s) obstétricale(s).
2. Les interventions, qui retardent le premier accouchement (par ex. la scolarisation des filles) ou qui diminuent le nombre total de grossesses (par ex. la planification familiale), réduisent les possibilités de complications parce que la femme n'est pas enceinte.
3. On estime que 15% de l'ensemble des femmes en grossesse développeront des complications qui mettront leur vie en danger, nécessitant une forme quelconque de soins obstétricaux.
4. Les retards dans la reconnaissance du problème, la décision de rechercher des soins, de se rendre au centre de santé et/ou de recevoir des services de qualité en temps opportun, augmentent les risques de décès maternel et/ou néonatal.
5. La prise en charge adéquate des complications a un effet direct sur la survie de la mère et du nouveau-né.
6. Des soins adéquats prodigués au nouveau-né peuvent augmenter sa survie.
7. La détection précoce, l'orientation rapide vers un centre de santé et la prise en charge appropriée des infections néonatales peuvent accroître de manière significative la survie du nouveau-né.

Ce modèle identifie la grossesse comme le facteur principal pour une complication obstétricale, mais il y a plusieurs possibilités pour que les interventions oriente la femme et son nouveau-né sur la voie de la survie. Il contient deux modes d'actions qui influencent les résultats maternels et des nouveaux-nés. Une approche aura comme conséquence la mort maternelle et/ou du nouveau-né à cause des retards dans les actions principales pour obtenir des services maternels et néonataux de qualité. L'autre approche favorise les comportements essentiels qui ont comme conséquence la gestion appropriée et opportune de la complication maternelle et néonatale, de ce fait augmentant les chances de survie des femmes et des nouveaux-nés.

FIGURE 1.4
VOIE DE LA BONNE SANTÉ MATERNELLE ET DU NOUVEAU-NÉ



III. POURQUOI LES FEMMES ET LES NOUVEAUX-NEES DU MONDE EN VOIE DE DEVELOPPMENT COURENT-ILS PLUS DE RISQUES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE ?

Bien que l'on estime que 15% de l'ensemble des femmes enceintes-développeront des complications liées à la grossesse et auront besoin de services de soins obstétricaux, l'écrasante majorité des décès surviennent dans le monde en voie de développement⁽¹⁾. Pourquoi les femmes vivant dans les pays en voie de développement ont-elles plus de chances de souffrir de maladies chroniques ou de mourir? Les risques de mourir de complications liées à la grossesse s'accumulent tout au long de la vie reproductive de la femme et varient d'une région à une autre, comme le montre le tableau 1.9. L'Afrique sub-saharienne présente le risque le plus élevé, comme l'attestent les tableaux 1.9 et 1.10.

TABLEAU 1.9
RISQUES DE DECES PENDANT LA DUREE DE VIE DES FEMMES,
PAR REGION

REGION	RISQUE DE DECES PENDANT LA DUREE DE VIE
Africaine	1 sur 16
Asie	1 sur 65
Amérique latine/Caraïbes	1 sur 130
L'ensemble des pays en développement	1 sur 48
L'ensemble des pays développés	1 sur 1800

Source: OMS, 1997

Il y a 16 pays où les femmes courent des risques de 1 sur 10 ou moins, pendant leur durée de vie, et 19 autres pays où ces risques se situent entre 1 sur 11 et 1 sur 20 (Voir Tableau 1.10).

Que représente le risque de décès pendant la durée d'une vie? Le risque pendant la durée de vie est fonction de la natalité et de la mortalité maternelle. Chaque fois qu'une femme est enceinte, elle risque de mourir des suites de sa maternité. Le risque est cumulatif, le plus de fois elle devient enceinte le plus grand est le risque de décès. La mortalité maternelle est influencée par les facteurs sociaux empêchant l'accès aux soins et à la qualité des soins. Plus la mortalité maternelle est élevée, plus le risque est élevé. Même dans les zones qui ont des TMM relativement faibles, les risques augmentent de manière considérable si la natalité augmente. (Voir Tableau 1.11).

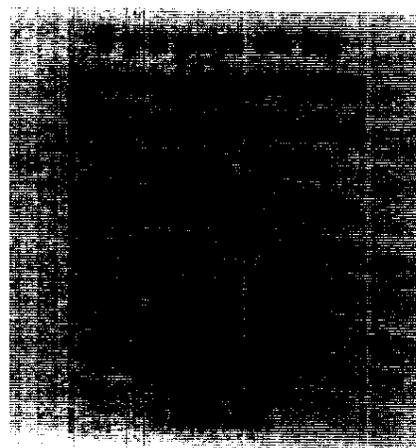


TABLEAU 1.10
RISQUE DE DECES PENDANT LA DUREE DE VIE ELEVE, PAR PAYS

RISQUES DE DECES DE 1 SUR 10 OU MOINS		RISQUES DE DECES DE 1 SUR 11 À 1 SUR 20	
Afghanistan	(1 sur 7)	Sénégal	(1 sur 11)
Guinée	(1 sur 7)	Bénin	(1 sur 12)
Somalie	(1 sur 7)	Nigeria	(1 sur 13)
Sierra Leone	(1 sur 7)	Gambie	(1 sur 13)
Angola	(1 sur 8)	Zaïre	(1 sur 14)
Yémen	(1 sur 8)	Burkina Faso	(1 sur 14)
Burundi	(1 sur 9)	Côte D'Ivoire	(1 sur 14)
Tchad	(1 sur 9)	Zambie	(1 sur 14)
Ethiopie	(1 sur 9)	Congo	(1 sur 15)
Rwanda	(1 sur 9)	Guinée-Bissau	(1 sur 16)
Mozambique	(1 sur 9)	Mauritanie	(1 sur 16)
Niger	(1 sur 9)	Guinée Equatoriale	(1 sur 17)
Erythrée	(1 sur 10)	Cambodge	(1 sur 17)
Népal	(1 sur 10)	Haïti	(1 sur 17)
Mali	(1 sur 10)	Tanzanie	(1 sur 18)
Ouganda	(1 sur 10)	Laos	(1 sur 19)
		Kenya	(1 sur 20)
		Malawi	(1 sur 20)
		Togo	(1 sur 20)

Source: OMS, 1997

TABLEAU 1.11
RISQUES DE DECES MATERNEL, PENDANT LA DUREE DE VIE,
POUR DIFFERENTS RATIO DE MORTALITE MATERNELLE ET
NOMBRE DE GROSSESSES PAR FEMME

	RMM = 500/100.000	RMM = 250/100.000
1 grossesse	1 sur 200	1 sur 400
2 grossesses	1 sur 100	1 sur 200
4 grossesses	1 sur 50	1 sur 100
8 grossesses	1 sur 25	1 sur 50

Source: Maine, 1991

Les décès maternels ne sont pas le fait du hasard. Ils résultent de la conjonction de nombreux facteurs, auxquels les femmes des pays en voie de développement sont particulièrement vulnérables, à savoir:

- le statut inférieur des femmes;
- la forte natalité; et
- les services de santé mal équipés ou inaccessibles.

A. *Le Statut Inférieur des Femmes*

La condition des femmes est liée à leur rôle de production (domestique et économique) et de reproduction. Dans de nombreuses cultures, les femmes ont moins de valeur que les hommes. Cela peut se manifester par des infanticides des nouveaux-nés de sexe féminin; par l'accès limité à la nourriture; par l'absence de possibilités d'éducation; par une mobilité limitée; par l'absence de participation à la prise de décision; par un nombre élevé d'enfants; par la mutilation des organes génitaux; par la prostitution et le trafic; par une charge élevée de travail; par des abus physiques et psychologiques; par le mariage précoce et l'accès insuffisant aux services de santé.

Dans bon nombre de sociétés, la jeune femme est encore prisonnière des traditions qui encouragent fortement la maternité précoce et fréquente dans le but de gagner le respect de la société. La combinaison de ces facteurs dévalorise davantage la femme dans la société et se traduit par des retards dans la reconnaissance du problème et dans la décision de rechercher des soins, par le peu d'empressement à dépenser de l'argent pour les femmes et par les retards dans l'obtention de soins.

En conséquence, les femmes vivant dans les pays en voie de développement débutent leur grossesse dans une situation de vulnérabilité relative à leur capacité à:

1. se procurer les aliments nécessaires à une bonne alimentation;
2. réduire leur important volume de travail;
3. accéder aux services de planification familiale pour choisir le nombre d'enfant et le moment pour les avoir et;
4. accéder aux services de santé pendant la grossesse et l'accouchement.

Ces facteurs concourent à un plus grand risque de mortalité périnatale et néonatale. Des études ont montré qu'il y a une importante augmentation de la mortalité lorsque les enfants sont séparés de moins de 24 mois. Par ailleurs, la conjonction d'un mauvais état nutritionnel et d'une charge élevée de travail augmentent la probabilité d'avoir des bébés de petits poids de naissance (Voir Chapitre 2).

B. Natalité Élevée.

Comme il a été mentionné précédemment, **chaque fois qu'une femme est enceinte, elle court le risque de développer une complication liée à son état, risque qui augmente à chaque grossesse. Ainsi, les femmes des pays en voie de développement sont plus exposées au risque de décès maternel.**

Même si les taux de natalité ont baissé, il y a encore 35 pays dont le Taux de natalité est supérieur à 5^(15,16). L'Afrique sub-saharienne a le risque de décès pendant la durée d'une vie le plus élevé parce qu'elle a le taux de natalité le plus élevé (Voir Tableaux 1.9 et 1.10). Dans le monde, on estime que des adolescentes donnent naissance, chaque année, à 15 millions de nourrissons, ce qui représente 10% de la totalité des naissances. Les adolescentes représentent 21% du nombre total de décès maternels⁽¹⁷⁾.

Dans le monde, 1 grossesse sur 4 est non désirée. En dépit de la restriction et de l'illégalité de l'avortement dans de nombreux pays, chaque jour 50.000 femmes tentent ou recherchent des avortements. 20 millions d'avortements risqués sont pratiqués chaque année et se soldent par le décès de 100.000 à 200.000 femmes chaque année⁽¹⁸⁾.

C. La Qualité des Services Obstétricaux:

Le troisième facteur qui détermine le niveau de mortalité maternelle est l'accès à des services de qualité pour les soins maternels. Dans le monde en voie de développement, la majorité des naissances ont lieu à la maison. Presque la moitié de ces accouchements sont faits par un prestataire de soins non formé. **Autrement dit, chaque année, environ 60 millions de femmes accouchent soit seules ou bien assistées par un membre de la famille ou une personne non formée⁽⁷⁾** (Voir Chapitre 3, Tableau 3.3, 3.4).

Toutes les femmes enceintes qui développent des complications (15%) doivent avoir accès à des services obstétricaux. Cependant, dans la plupart des pays en voie de développement, les centres de santé ne sont pas suffisamment dotés en personnel qualifié, en médicaments, en matériel médical, en sang, en matériel d'anesthésie et autres éléments tels que l'électricité et l'eau, pour offrir des services de qualité 24 heures sur 24. Le manque de personnel qualifié expose particulièrement le nouveau-né à des risques. Une mauvaise prise en charge aussi bien des accouchements normaux que des accouchements compliqués, constitue la principale cause de l'asphyxie à la naissance et de traumatisme qui peuvent aboutir à la mort.

**Les adolescentes
représentent 21%
du nombre total de
décès maternels.**

**Une femme africaine est morte en
donnant naissance à son cinquième enfant.
Elle ne s'est pas rendue à l'hôpital trop tard, mais...**

Le temps, de lutter pour trouver sa fiche d'admission,
qu'elle soit admise et qu'on retrouve son dossier,
d'appeler la sage-femme, qui finisse de manger et vienne,
que le mari aille acheter des gants et revienne,
que la sage-femme vienne et examine la femme,
les saignements ont commencé.

Le temps, qu'on appelle le médecin et qu'on le trouve,
que le médecin arrive,
que le mari aille chercher des pochettes de sang et autre
matériel,
que le mari trouve ce matériel et supplie le vendeur de
médicaments de lui accorder une réduction de prix,
que le technicien de laboratoire vienne et prenne le sang du
mari exténué,
la femme a continué à saigner.

Le temps, que l'infirmière de jour et de nuit se relaient,
qu'on trouve la sage femme et le médecin et qu'ils reviennent,
de remplir les formulaires d'admission,
que le mari signe le formulaire d'accord pour la transfusion,

La femme était décédée.

Source: Feuerstein, 1996; Maine 1989

IV. LES CAUSES MÉDICALES DE LA MORTALITÉ ET DE LA MORBIDITÉ MATERNELLES

A. *Les Causes Directes*

Les causes directes se réfèrent aux complications et aux maladies qui surviennent uniquement au cours de la grossesse. Les causes obstétricales directes, y compris l'hémorragie du post-partum, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, la septicémie, les troubles dus à l'hypertension artérielle gravidique (HAG), et la dystocie représentent 75 à 85% du nombre total de décès maternels.

1. **L'hémorragie:** L'hémorragie prénatale survient entre la 28^e et la 40^e semaine de gestation et est en général due à un décollement prématuré du placenta et/ou à une position anormale du placenta (placenta previa). Le décès maternel survient en général dans les 12 heures qui suivent. Le saignement intra-partum est habituellement dû à une rupture utérine pendant un travail dystocique ou long⁽⁸⁾.

L'hémorragie du post-partum (HPP) est le type d'hémorragie le plus courant et il débute souvent immédiatement (30 minutes – 2 heures) après l'accouchement. Il est surtout dû à l'incapacité de l'utérus à se contracter et/ou à la rétention du placenta pour plus de 30 minutes après l'accouchement. Il peut y avoir des saignements moins importants suites à des déchirures. Les femmes, qui ont eu de nombreuses grossesses (les femmes multipares), présentent des risques plus élevés parce que leur utérus a été distendu. Mais n'importe qu'elle femme peut faire une HPP. Plus de la moitié des décès dus à l'HPP ont lieu en Asie du sud et du sud-est⁽⁸⁾.

EFFETS DE L'HÉMORRAGIE	
SUR LA FEMME	SUR LE BEBE
Choc	Asphyxie
Insuffisance cardiaque	Mort-né
Anémie sévère	

Source: OMS, 1994

2. **Les avortements pratiqués dans des mauvaises conditions:** Selon les Nations Unies, 20 millions d'avortements pratiqués dans des mauvaises conditions sont pratiqués annuellement et se soldent par le décès de 100.000 à 200.000 femmes chaque année⁽¹⁾. Le tableau 1.12 présente le taux d'avortement par région, l'Afrique ayant le taux le plus élevé suivi de l'Asie.

L'avortement est illégal dans de nombreux pays; toutefois, les femmes n'ont pas accès à des services de qualité, même dans les pays où l'avortement a été légalisé. Les risques pouvant mettre leur vie en danger ne dissuadent pas les femmes de rechercher ou d'utiliser des méthodes pour interrompre elles-mêmes leurs grossesses. Beaucoup de femmes n'y parviennent qu'après plusieurs tentatives. On estime que 5 millions d'adolescentes dans le monde se font avorter chaque année et au moins la moitié de ces avortements sont pratiqués dans de mauvaises conditions⁽¹⁸⁾.

**TABLEAU 1.12
AVORTEMENTS PAR REGION**

	AMERIQUE LATINE/CARRAÏBES	ASIE	AFRIQUE
AVORTEMENT PRATIQUÉS DANS DE MAUVAISES CONDITIONS (MILLIONS)	4.6	25	3.7
DÉCÈS ANNUELS LIÉS AUX AVORTEMENTS			
% DE DÉCÈS MATERNELS	25	12	13
NOMBRES	6,000	40,000	23,000
RISQUE DE DÉCÈS LIÉS AUX AVORTEMENTS PRATIQUÉS DANS DE MAUVAISES CONDITIONS	1 in 800	1 in 250	1 in 150

Source: Population Report, 1997

Les deux causes de décès les plus courantes, suite à un avortement risqué, sont l'hémorragie et la septicémie. Les morbidités résultant d'un avortement avec complications peuvent être très invalidantes. Les avortements avec complications consomment des ressources de santé importantes. En Afrique, les femmes victimes d'avortements avec complications occupent entre 46 et 64% des lit d'hôpitaux réservés à la gynécologie⁽¹⁹⁾ (Voir Chapitre 3).

**LES EFFETS DE L'AVORTEMENT PRATIQUÉS DANS
DE MAUVAISES CONDITIONS SUR LA FEMME**

- Hémorragie
- Choc/Septicémie
- Infections de l'appareil de reproduction
- Stérilité

Source: OMS, 1994

**On estime
que 5 millions
d'adolescentes
dans le monde se
font avorter
chaque année et
au moins la
moitié de ces
avortements sont
pratiqués dans
de mauvaises
conditions.**

3. **L'hypertension artérielle gravidique (HAG):** Les troubles de la grossesse causés par l'hypertension artérielle gravidique tels que la pré-éclampsie/l'éclampsie ne sont pas bien compris. En général les symptômes – montée de la tension artérielle; oedèmes des mains et du visage; protéine dans l'urine; réflexes trop réactifs – se déclarent de manière subite. Si la pré-éclampsie n'est pas traitée, elle peut rapidement empirer pour devenir une éclampsie, avec des convulsions qui causent des lésions cérébrales et rénales et/ou la mort de la mère et du fœtus. Certaines femmes ne présentent pas les symptômes classiques de la pré-éclampsie et développent directement l'éclampsie. Cet état apparaît le plus souvent lors des premières grossesses, mais il peut survenir lors de n'importe quelle grossesse^(4, 20, 21).

EFFETS DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE GRAVIDIQUE	
SUR LA FEMME	SUR LE BEBE
Choc	Asphyxie
Insuffisance cardiaque	Mort-né
Lésions cérébrales	
Lésions aux reins/au foie	

Source: OMS, 1994

4. **La dystocie:** Souvent, la dystocie est tout d'abord diagnostiquée comme "un long travail" mais il est habituellement causé par une mauvaise présentation du fœtus ou une disproportion fœto-pelvienne (DFP). Si une césarienne n'est pas pratiquée, la femme mourra d'hémorragie, d'infection ou tout simplement d'épuisement, et le fœtus mourra de manque d'oxygène. Même si n'importe quelle femme peut développer ces complications, on pense que les femmes très jeunes et physiquement immatures, celles de petites tailles ou chétives à cause d'une malnutrition chronique et celles qui ont eu des complications liées à la grossesse, courent les plus grands risques⁽²⁰⁾. Cependant, si une femme de petite taille a accouché sans difficulté lors d'une grossesse antérieure, elle ne devrait pas être considérée comme étant à haut risque^(4, 20).

EFFETS DE LA DYSTOCIE	
SUR LA FEMME	SUR LE BEBE
Fistule vésico-vaginale	Asphyxie
Rupture utérine /Hémorragie	Mort-né
Prolapsus de l'utérus	Septicémie
Septicémie	Traumatisme à la naissance

Source: OMS, 1994

5. **La septicémie:** Les femmes qui subissent des ruptures des membranes ou un travail se prolongeant pendant plus de 24 heures sont prédisposées à l'infection. La septicémie survient 2-4 jours après l'accouchement. Les principales causes d'infection/septicémie sont les pratiques non hygiéniques au cours de l'accouchement, à savoir:
- ◆ des accouchement pratiqués dans des mauvaises conditions d'hygiène;
 - ◆ des touchers vaginaux multiples;
 - ◆ une rupture artificielle des membranes au début du travail;
 - ◆ des agents de santé qui ne se lavent pas suffisamment les mains avant l'accouchement;
 - ◆ l'introduction de corps étrangers dans le vagin pendant l'accouchement (feuilles, huile, terre, par exemple);
 - ◆ l'utilisation d'instruments sales, y compris les mains, lors de l'accouchement et pour couper le cordon ombilical; et
 - ◆ l'utilisation de chiffons et de tissus sales comme serviettes hygiéniques pendant la période du post-partum^(4, 20).

EFFETS DE LA SEPTICÉMIE	
SUR LA FEMME	SUR LE BEBE
Choc	Septicémie
Travail prématuré	Naissance prématurée
Infections gynécologiques	Infections Oculaires
Stérilité	Cécité

Source: OMS, 1994

B. Les Causes Indirectes

Les causes indirectes de la mortalité maternelle sont les maladies, telles que l'anémie ou le paludisme, qui sont peut être déjà présentes mais qui sont exacerbées par la grossesse. On pense qu'elles sont responsables de 15-20% des décès maternels. Une femme peut souffrir de plusieurs maladies simultanément, ce qui augmente le risque général de morbidité et de mortalité.

1. **L'anémie:** L'Anémie maternelle (Hb inférieur à 11g/dl) affecte environ 500 millions de femmes en âge de procréer (la moitié des FAP) dans le monde. Les femmes anémiées sont plus sujettes aux maladies et aux infections, et même les petites pertes de sang ne sont pas bien supportées. Les causes de l'anémie sont nombreuses – carence en fer et en acide folique; paludisme; parasites intestinaux; et carence en vitamines A et C. Le fœtus est en mesure de se constituer des réserves suffisantes de fer au détriment de la mère, augmentant la gravité de l'anémie de cette dernière. Ces facteurs accroissent le risque de mortalité et de morbidité chez la femme anémiée^(23, 24, 25) (Voir Chapitres 2, 3 et 5).

L'Anémie maternelle (Hb inférieur à 11g/dl) affecte environ 500 millions de femmes en âge de procréer (la moitié des FAP) dans le monde.

Environ 22 millions de femmes enceintes vivent dans des régions d'Afrique où le paludisme est endémique. On pense que cette maladie, associée au faible poids de naissance, est responsable de 5-10% des décès infantiles.

EFFETS DE L'ANÉMIE	
SUR LA FEMME	SUR LE BEBE
Choc	Asphyxie
Insuffisance cardiaque	Mort-né
	Petit poids de naissance

Source: OMS, 1994

2. Le paludisme: Le paludisme mine l'état nutritionnel et détruit les globules rouges, entraînant une anémie sévère. La résistance au paludisme chez les femmes enceintes, se développe d'abord pendant l'enfance, et commence à diminuer autour de la 14^e semaine de gestation. Ce fait semble, être le plus prononcé lors de la première grossesse, mais il est moins marqué pendant la seconde grossesse. Par ailleurs, ces femmes sont plus prédisposées au paludisme dû aux plasmodium falciparum. Environ 22 millions de femmes enceintes vivent dans des régions d'Afrique où le paludisme est endémique. On pense que cette maladie, associée au faible poids de naissance, est responsable de 5-10% des décès infantiles⁽⁴⁾ (Voir Chapitres 3 et 5).

EFFETS DU PALUDISME	
SUR LA FEMME	SUR LE BEBE
Anémie sévère	Naissance prématurée
Attaques	Fausse couche
Cérébrales	Faible poids de naissance

Source: OMS, 1994

3. L'ankylostome: Les ankylostomes sont des parasites qui se fixent sur la paroi de l'intestin grêle et boivent le sang, entraînant la perte de globules rouges provoquant une anémie. Les mesures pour prévenir l'ankylostomose sont une meilleure hygiène et le port de chaussures⁽⁴⁾ (Voir Chapitres 3 et 5).

EFFETS DE L'ANKYLOSTOME SUR LES FEMMES
Anémie sévère
Anorexie/Baisse de l'appétit
Fatigue

Source: OMS, 1994

V. LES CAUSES DE DÉCÈS DES NOUVEAUX-NÉS

Chaque année, presque 8 millions de fœtus/nouveaux-nés meurent à un stade avancé de la grossesse, à la naissance ou juste après la naissance du fait d'une mauvaise prise en charge des complications liées à la grossesse.

TABLEAU 1.13
COMPLICATIONS MATERNELLES ET RÉSULTATS PÉRINATALS

PROBLÈME	LES EFFETS LES PLUS SÉRIEUX SUR LE FOETUS/NOUVEAU-NE
Anémie Grave	Petit poids de naissance, asphyxie, mort-né
Hémorragie	Asphyxie, mort-né
Désordres dus à l'hypertension artérielle gravidique	Petit poids de naissance, asphyxie, mort-né
Septicémie pendant l'accouchement	Septicémie du nouveau-né
Dystocie	Asphyxie, mort-né, sepsis, trauma de naissance, handicap
Infection pendant la grossesse (MST, VIH)	Accouchement prématuré, conjonctivite néonatale, cécité, pneumonie, mort-né, syphilis congénitale, transmission verticale de VIH/SIDA
Hépatite	Hépatite
Paludisme	Petit poids de naissance, prématurité, de retard croissance intra-utérine
Grossesse non désirée	Plus grand risque de morbidité venant de l'abus, négligence
L'accouchement pratiqué dans des mauvaises conditions d'hygiène	Tétanos néonatal, septicémie

Source: UNICEF, 1998

L'OMS estime que 85% des décès de nouveaux-nés sont dus à des infections, à l'asphyxie et aux traumatismes à la naissance, comme il apparaît dans le tableau 1.14⁽⁸⁾. Les infections maternelles au cours de la grossesse, telles que le paludisme et les maladies sexuellement transmissibles (MST), notamment la syphilis et le VIH, ont des effets négatifs sur le nouveau-né^(4, 7, 9, 10, 20).

TABLEAU 1.14
CAUSES DES DÉCÈS NEONATALS

CAUSE DE DÉCÈS	NOMBRE DE DÉCÈS	POURCENTAGE
Asphyxie à la naissance	840.000	21
Traumatisme à la naissance	420.000	11
Tétanos néonatal	560.000	14
Septicémie	290.000	7
Pneumonie	755.000	19
Diarrhée	60.000	2
Prématurité	410.000	10
Malformations congénitales	440.000	11
Autres	205.000	5

Source: OMS, 1995

La majorité des décès néonataux, et au moins la moitié des enfants mort-nés, sont dus à des problèmes se passant durant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum. **Plus de deux tiers des décès concernent les bébés complètement développés, nés à terme et apparemment bien équipés pour vivre.** Ces enfants auraient été en bonne santé si les soins appropriés avaient été prodigués. Aider ces enfants à se développer sainement ne nécessite pas une technologie coûteuse; il faut plutôt une série de mesures préventives simples et des soins néonataux rapides^(4, 7, 9, 10, 20).

A. *Faible Poids de Naissance*

L'un des principaux facteurs contribuant à la mortalité périnatale et néonatale est le faible poids de naissance (FPN), inférieur à 2500 g. Chaque année, 22 millions des bébés de FPN qui naissent, sont répartis en deux catégories : ceux qui sont prématurés (nés avant 37 semaines) et ceux qui ont un Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU) – des bébés nés à terme mais qui sont Petits pour l'Age de Gestation (PAG). Dans les pays en voie de développement, la plupart des bébés de FPN sont la conséquence d'un RCIU causé par un mauvais état nutritionnel des femmes, une anémie, un paludisme ou une maladie sexuellement transmise (MST), soit avant la conception ou lors de la grossesse⁽²⁶⁾.

Le poids à la naissance est essentiel pour la survie du nourrisson. Des études montrent que le taux de mortalité des nourrissons normaux des pays développés est de 2/1.000 tandis que celui des bébés de FPN est de 86/1.000. Si les bébés de FPN survivent, leur taux de maladie est plus élevé ce qui peut entraîner la mort ou retarder leur développement neurologique (mauvaise vision, résultats scolaires faibles)⁽¹²⁾.

B. *Les Infections*

Chaque année, 30 millions de nouveaux-nés contracteront des infections néonatales et 1 à 2 millions mourront des suites de ces infections. Ces infections sont: la septicémie, la pneumonie et le tétanos. Il y a également environ 500.000 cas de tétanos néonataux, principalement, dans 12 pays⁽¹²⁾.

Chaque année, on estime qu'il y a 333 millions de nouveaux cas maladies sexuellement transmissibles (MST) dans le monde. Les effets des MST sur le fœtus/nouveau-né peuvent être dévastateurs, avec pour conséquence la cécité, le faible poids de naissance, les avortements spontanés et les malformations congénitales. La syphilis maternelle a des effets particulièrement fâcheux sur les nouveaux-nés résultant en un nombre élevé de prématurés et de mort-nés⁽²⁸⁾ (Voir Chapitre 3).

Dans le monde, environ 500.000 nourrissons sont infectés par le VIH pendant la période périnatale⁽²⁷⁾. La recherche indique que les femmes séropositives peuvent transmettre le virus à leur fœtus/nouveau-né (ce que l'on désigne par : transmission verticale ou transmission de la mère à l'enfant), de trois manières. Premièrement, la mère peut contaminer le fœtus pendant la grossesse puisque le virus peut traverser le placenta. Deuxièmement, le virus peut être transmis pendant l'accouchement. C'est le moyen de transmission le plus probable parce que la femme a "une charge virale élevée" et les chances d'être exposé au sang provenant des lésions de la mère lors de l'accouchement, sont plus élevées. Troisièmement, le VIH peut être transmis à travers le lait maternel au nourrisson⁽²⁷⁾.

Comme mentionné précédemment, on pense qu'en Afrique, le paludisme, associé au faible poids de naissance, est responsable de 5 à 10% des décès de nourrissons. Le taux de mortalité de ces bébés est 5 à 30 fois plus élevé que celui des bébés ayant un poids normal⁽²⁰⁾.

D'autres infections de l'appareil de reproduction, telles que les infections des voies urinaires pendant la grossesse peuvent augmenter les risques de septicémie puerpérale chez la femme. Si la femme développe une septicémie, le nouveau-né devrait faire l'objet d'une surveillance étroite et être traité si nécessaire⁽¹²⁾.

C. *L'hypothermie*

Les bébés ont une superficie relativement importante, une mauvaise isolation thermique et une faible masse corporelle pour produire et conserver de la chaleur, ils sont donc vulnérables à la perte de chaleur. Les nourrissons sont plus sensibles à l'hypothermie, pendant les 12 heures qui suivent l'accouchement bien que cela puisse se produire à tout moment. L'hypothermie peut survenir rapidement si le nourrisson reste mouillé ou s'il est exposé, notamment pendant l'attente de l'expulsion du placenta.⁽⁹⁾

VI. CONCLUSION

Ce chapitre tente de regrouper une multitude de facteurs qui concourent à des taux élevés de mortalité et de morbidité néonatales dans les pays en voie de développement. La complexité de ces problèmes nous oblige à repenser notre approche en remettant en cause le statu quo, et met en lumière la nécessité de mieux comprendre les croyances, les pratiques et les valeurs des femmes et des familles qui ne peuvent pas accéder à des services de soins maternels. Le Tableau 1.15 présente un résumé des facteurs qui affectent la santé maternelle. Le Tableau 1.16 fait une synthèse des facteurs qui affectent la mortalité périnatale et néonatale.

TABLEAU 1.15
CAUSES DE LA MORTALITÉ/MORBIDITÉ MATERNELLE

<p>Combinaison de facteurs socio-économiques tels que:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Pratiques dangereuses (par ex. la mutilation génitale de la femme); → Mauvaise alimentation et facteurs associés; → Statut inférieur des femmes/responsabilisation/prise de décision; → Grossesse fréquentes/natalité élevée/mauvais espacement des naissances; → Mariage précoce et grossesse pendant l'adolescence; → Importante charge de travail; → Recours à la médecine traditionnelle et aux guérisseurs; → Désir d'avoir de petits bébés; et → Abus émotionnels/Violence. <p>Besoins non satisfaits en matière de planning familial dus:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Aux croyances et pratiques traditionnelles ; → A l'ignorance; et → Aux services de mauvaise qualité ou inaccessibles. <p>Retard dans la reconnaissance du problème dû:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Aux croyances traditionnelles; → Aux mauvaises perceptions des risques; → A la faible connaissance des causes de décès, des signes de danger de complications; et → Programmes de dépistage inadéquats. <p>Retard dans la décision de rechercher des soins dû:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Au statut inférieur des femmes/Participation à la prise de décision; → Au manque de planification des naissances/préparation; → Taux élevé d'accouchements à domicile non assistés pratiqués par des personnes non formées; → Services de santé de mauvaise qualité (perçue ou réelle). <p>Retard pour arriver au centre de santé à cause:</p> <ul style="list-style-type: none"> → De la distance géographique; → Du manque de moyens pour payer les prestations; → Des systèmes de communication/Transports inadéquats; et → De la méconnaissance de l'endroit où aller et de la façon d'y aller. <p>Retard dans l'obtention de traitement de qualité dans un centre de santé à cause:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Du manque de médicaments, de matériel médical, de sang et d'équipement pour traiter les complications; → Du processus administratif lourd; → Du manque de personnel compétent et motivé; → Du manque de système de supervision et de gestion de l'information; et → Du manque de stratégies avancées et de mécanisme de suivi.

**TABLEAU 1.16
CAUSES DES DÉCÈS NÉONATALS**

Combinaison de facteurs socio-économiques tels que:

- Grossesse rapprochées/natalité élevée/mauvais espacement des naissances;
- Grossesses pendant l'adolescence;
- Désir d'avoir des bébés de petites tailles; et
- Début de la discrimination entre les sexes en bas âge.

Retard dans la reconnaissance du problème dû:

- Aux croyances traditionnelles;
- A la méconnaissance des signes de danger;
- Au décès maternel; et
- Au taux élevé d'accouchements à domicile non assistés avec/sans l'aide de personnes non formées.

Retard dans la décision de rechercher des soins à cause:

- Des croyances traditionnelles; et
- De la méconnaissance des signes de danger.

Retard pour arriver au centre de santé à cause:

- Du manque de ressources pour payer les services;
- Des systèmes de transport inadéquats; et
- De la méconnaissance de l'endroit où aller et de la façon d'y aller.

Retard dans l'obtention de traitement de qualité au centre de santé à cause:

- Du manque de personnel pour prendre en charge les faibles poids à la naissance et les infections néonatales;
- De l'absence de système de supervision et d'information; et
- De l'absence de stratégies avancées et de mécanisme de suivi.
- De l'absence des médicaments et équipements pour traiter correctement les complications.

LES FACTEURS PRECEDANT LA GROSSESSE

I.	LE STATUT INFÉRIEUR DE LA FEMME	2.1
A.	Le mariage précoce	2.3
B.	La mutilation des organes génitaux de la femme	2.3
II.	LE FAIBLE STATUT ÉCONOMIQUE/PAUVRETÉ DES FEMMES	2.5
III.	LA NUTRITION	2.6
IV.	NATALITÉ ÉLEVÉE/GROSSESSE NON DÉSIRÉE	2.8
A.	Grossesses pendant l'adolescence	2.8
B.	Les services de planification familiale inadéquats	2.9
C.	Augmentation de la parité et de l'âge	2.10
V.	LES ABUS ET LES VIOLENCES À L'ENCONTRE DES FEMMES	2.10
VI.	CONCLUSION	2.12

I. LE STATUT INFÉRIEUR DE LA FEMME

De nombreux facteurs affectent la jeune fille/femme avant qu'elle ne soit enceinte. Ce sont: le statut inférieur de la femme qui inclut les conditions socioculturelles, les croyances et les pratiques traditionnelles telles que l'avortement sélectif et l'infanticide, la pauvreté, la malnutrition, le taux élevé de natalité, les mauvais traitements et la violence.

Comme l'indique le proverbe Bengali, malgré le rôle important joué par la femme dans la gestion du foyer et sa contribution au revenu familial, tel que nous l'avons mentionné plus haut, de nombreuses cultures accordent plus de valeur à l'homme qu'à la femme. Ceci se manifeste de plusieurs manières. Citons par exemple: un moindre accès à la nourriture, des possibilités limitées en matière d'éducation et d'accès aux services de santé, une mobilité restreinte, un manque de participation aux prises de décisions, l'espoir de fonder de grandes familles, la préférence donnée aux garçons, la prostitution et le trafic, la mutilation des organes génitaux féminins, des charges de travail très importantes, des mauvais traitements physiques et psychologiques et les mariages précoces. (NB: Ces valeurs/pratiques varient selon le contexte et la culture).

Bon nombre de ces pratiques commencent à la naissance et se poursuivent tout au long de la vie de la femme. La jeune fille a parfois moins accès à la nourriture que son frère. Selon une étude réalisée au Bangladesh, les garçons de cinq ans recevaient 16 pourcent de nourriture de plus que les filles du même âge⁽⁶⁾. Une autre étude menée en Inde a trouvé qu'il y avait plus de chances que l'on donne des aliments riches en matière grasse et des produits laitiers aux garçons qu'aux filles. En conséquence, les filles avaient quatre fois plus de chances de souffrir de malnutrition que les garçons. L'étude a également prouvé que les filles avaient 40 fois moins de chance d'être conduites à l'hôpital que les garçons⁽⁶⁾. (NB: ces pratiques sont les plus courantes en Asie du sud et elles le sont moins en Afrique).

Le statut de la femme demeure inférieur parce qu'on leur dénie les possibilités d'éducation ou celles-ci sont limitées. *Sur les 130 millions d'enfants qui ne fréquentent pas l'école, 60 pourcent sont des filles.* Même si de plus en plus de filles fréquentent l'école primaire, le taux d'abandon demeure élevé dans de nombreux pays⁽¹⁷⁾. *Sur les 960 millions d'illettrés, 66 pourcent sont des femmes.* Ceci restreint de façon significative leurs possibilités de gagner de l'argent et leur participation aux prises de décision concernant les ressources familiales.

De nombreux documents prouvent qu'il existe une corrélation positive entre un niveau d'instruction plus élevé de la femme et un taux plus faible de mortalité infantile et de mortalité et morbidité maternelles et un plus grand recours à la planification familiale.

La religion, la culture, les superstitions, les expériences antérieures et l'éducation, contribuent toutes à influencer les perceptions. Ces facteurs agissent sur les croyances de l'individu, sa compréhension et son acceptation des pratiques médicales traditionnelles et occidentales. Dans de nombreuses parties du monde, la santé – physique, psychologique et spirituelle – est considérée comme un état d'équilibre. Cette attitude affecte et impose souvent des interactions normales et l'usage de traitements médicaux⁽²⁹⁾.

**"Un homme qui n'a pas de chance perd ses vaches, un homme qui en a perd sa femme."
(Proverbe Bengali)**



Source: Feuerstein, 1993

FIGURE 2.1: STATUT INFÉRIEUR DES FEMMES
 Quelques corrélations entre le statut inférieur des femmes et la mortalité maternelle

Société/culture/communauté

- une femme féconde donne à l'homme un statut
- la progéniture constitue la main d'œuvre familiale
- le statut de la femme peut être inférieur à celui du bétail
- une femme stérile peut être divorcée
- habituellement elle a peu de pouvoir politique/de vote

Economique

- ne peut se permettre de payer un moyen de transport en cas d'urgence obstétricale
- ne peut acheter du sang pour une transfusion ou des antibiotiques pour une infection

Travail

- travaux physiques pénibles pendant sa période reproductive et sa grossesse
- la maladie est négligée jusqu'à ce qu'elle soit trop malade pour travailler, par ex. maux de tête violents, jambes enflées

Instruction

- les filles ont moins de chance d'aller à l'école
- elles quittent l'école tôt pour aider la famille
- ont des difficultés à aller à l'école/à aller aux cours d'alphabétisation des adultes à cause de leur statut/charge de travail

Mobilité

- ne peuvent pas voyager sans la permission de l'époux/la famille
- ne peuvent pas se permettre de payer le transport



Famille/mariage

- le mariage précoce aboutit à la grossesse pendant l'adolescence
- la fréquentation des consultations prénatales dépend de la belle-mère
- en cas d'urgence, seul le mari peut donner la permission pour le voyage
- statut inférieur signifie dépendre des autres pour recevoir des soins de santé

Natalité

- une natalité élevée accroît le statut – et les risques de mort
- les grossesses sont trop nombreuses, trop précoces, trop rapprochées et trop tard
- les décisions de PF sont en général prises par les hommes
- le manque de PF augmente les grossesses non désirées et l'avortement

Santé

- les filles reçoivent moins de soins de santé que les garçons
- les soins tardifs ou le manque de soins prénatals retarde la détection rapide des complications

Alimentation

- les filles reçoivent moins de nourriture que les garçons. La mauvaise alimentation peut entraîner des contractions pelviennes et des dystocies
- l'anémie peut causer une hémorragie
- Diminution des réserves corporelles dû à des grossesses fréquentes et à l'allaitement

Source: Feuerstein, 1993

A. *Le Mariage Précoce*

Dans de nombreux pays, on marie la jeune fille peu après ou même avant la menstruation pour s'assurer que les bébés ne naissent pas hors du mariage, ce qui constituerait une honte pour la famille.

"La société nous condamnerait si nos filles n'étaient pas mariées à 15 ans", disent les femmes d'un village indien. A des milliers de kilomètres plus loin, les mères du Burkina Faso sont du même avis. "On doit la marier dès que possible, sinon, elle donnera naissance à un enfant illégitime." (FNUAP 1992)

Le mariage précoce limite les possibilités éducatives et économiques et aboutit souvent à une maternité précoce. D'après une étude menée en 1995 menée par l'Institut Alan Guttmacher (IAG) et qui concerne quelques pays, il s'est avéré que 50-75 pourcent des premières naissances chez les femmes mariées ont eu lieu au cours des deux premières années de mariage⁽¹⁸⁾.

B. *La Mutilation des Organes Génitaux de la Femme*

Dans de nombreuses cultures, la mutilation des organes génitaux de la femme (MOG) est une pratique acceptée. On estime à 130 millions le nombre de femmes/jeunes filles ayant subi une forme ou une autre de MOG et deux millions de filles au moins courent le risque d'une mutilation chaque année, particulièrement dans 28 pays africains. L'Égypte, l'Éthiopie, le Kenya, le Nigéria, la Somalie et le Soudan représentent 75 pourcent des cas de MOG. L'âge auquel se pratique la MOG varie, mais elle l'est plus souvent pratiqués entre 4 et 10 ans. L'opération est d'habitude pratiquée par des vieilles femmes de la communauté n'ayant reçu aucune formation professionnelle, à l'aide d'instruments divers (ciseaux, couteaux, rasoirs); elle est parfois traitée avec des cataplasmes à base de plantes⁽³⁰⁾. La mutilation d'organes génitaux féminins comprend une série de procédures (Voir Tableau 2.1).

**TABLEAU 2.1
CLASSIFICATION DES MOG SELON L'OMS**

TYPE I	Excision du prépuce avec ou sans l'excision de tout ou partie du clitoris.
TYPE II	Excision du prépuce et du clitoris en même temps que l'excision de tout ou partie des petites lèvres.
TYPE III	Excision de tout ou partie des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'entrée du vagin (infibulation).
TYPE IV	Les formes non classées comprennent : <ul style="list-style-type: none"> ■ Le piquage, le perçage ou l'incision du clitoris et/ou du prépuce des lèvres; ■ l'élongation du clitoris ou des lèvres; ■ la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants; ■ le grattage (coupe) du vagin; et/ou ■ l'introduction de substances corrosives dans le vagin afin de provoquer un saignement, ou d'herbes pour rétrécir le vagin.

Source: OMS, 1995

La plupart (80%) des femmes subissent l'excision du clitoris, ou du clitoris et des lèvres. L'infibulation, la forme la plus extrême, comprend l'ablation totale du clitoris, des petites lèvres, de la paroi interne des grandes lèvres, et par la suite, les deux côtés de la vulve sont cousus ensemble, ceci ce fait surtout en Somalie, à Djibouti, au Soudan et en Ethiopie⁽³⁰⁾. Les dégâts causés aux organes génitaux de la femme et à leur fonction sont considérables et irréversibles. Puisqu'une femme qui a subi une infibulation est cousue, les relations sexuelles sont très douloureuses. Lors de la naissance d'un enfant, on doit "couper" la femme pour permettre le passage du nouveau-né et la suturer de nouveau après l'accouchement.

Les femmes qui ont subi la MOG souffrent de graves complications telles que des infections uro-génitales, des difficultés à uriner et à avoir des règles, le tétanos, les fistules, la septicémie, la stérilité et le travail prolongé qui entraîne la mort de la mère et souvent celui du nouveau-né également. Même si la mortalité et la morbidité maternelles sont en grande partie associées à la MOG; aucune étude n'apporte la preuve tangible de cette association.

II. LE FAIBLE STATUT ÉCONOMIQUE/ PAUVRETÉ DES FEMMES

Dans les pays en voie de développement, les femmes contribuent pour près de 75 pourcent à la production alimentaire. Elles forment un tiers de la masse salariale dans le monde, et 25 pourcent de la main d'œuvre industrielle⁽⁵⁾. Cependant, la pauvreté touche de plus en plus de femmes, suite aux crises économiques mondiales, aux guerres civiles, à la dégradation de l'environnement et aux changements des valeurs traditionnelles. Cette situation se traduit par la migration des hommes, l'abandon du conjoint, la dégradation du système de la famille élargie, et par le fait que ce sont les femmes qui assument la maternité toutes seules. On estime entre 20 et 30 pourcent le taux de foyers dirigés par des femmes dans les pays en voie de développement. En Inde, les foyers dirigés par des femmes (FDF) représentent 30 pourcent des familles vivant au-dessous du seuil de pauvreté⁽⁶⁾. Ces foyers ne sont pas pauvres parce qu'ils travaillent moins que les autres, mais plutôt ces femmes travaillent plus durement pour assumer, à la fois, leur rôle domestique et leur rôle économique. Elles possèdent moins de terres, moins d'animaux et autres biens, sont moins instruites et ont moins accès au crédit. Selon une étude menée en Amérique latine, les femmes choisissent parfois de travailler moins d'heures que les hommes, afin de s'occuper de leurs enfants et d'autres travaux domestiques⁽²⁸⁾. Malheureusement, les responsabilités domestiques des femmes sont sous estimées. On estime que si les travaux domestiques étaient "évalués" en termes économiques, le produit intérieur brut (PIB) de nombreux pays augmenterait de 25 pourcent⁽⁶⁾.

Même si les foyers dirigés par une femme (FDF) sont associés à la pauvreté, les enfants qui en sont issus réussissent souvent beaucoup mieux que ceux des foyers dirigés par des hommes (FDH). Au Brésil, le taux de survie des enfants étaient supérieurs de 20 pourcent dans les foyers dirigés par une femme (FDF) que dans ceux dirigés par des hommes (FDH), alors qu'au Chili et au Kenya les enfants des foyers dirigés par des femmes avait moins de retard de croissance que ceux des foyers dirigés par des hommes. Il semble que les femmes pauvres sont capables d'utiliser leurs ressources plus judicieusement que leurs homologues masculins pour investir dans le bien-être de leurs enfants mais pas nécessairement dans leur propre santé et bien-être^(31,32).

Les grossesses rapprochées et la mauvaise santé ne vident pas seulement la femme de son énergie productive mais contribuent également à sa pauvreté. Une étude indienne a montré que les morbidités maternelles, telles que mesurées au moyen du DALY (mesure économique liée à la qualité de vie), ont réduit la main d'œuvre féminine de 22 pourcent et que la maladie constituait la deuxième cause d'endettement⁽⁶⁾. La réduction de la natalité et l'amélioration de la santé de la femme peuvent accroître la productivité individuelle et le bien-être familial, surtout lorsqu'elles sont couplées avec l'éducation et l'accès au travail. L'amélioration de la situation de la santé et de la nutrition de la femme peuvent également accélérer le développement économique d'une nation.

Les femmes forment un tiers de la masse salariale dans le monde, et 25% de la main d'œuvre industrielle. Cependant, la pauvreté touche de plus en plus de femmes.

III. LA NUTRITION

Des grossesses et un allaitement sains nécessitent un régime alimentaire équilibré en calories ainsi qu'une diversité d'aliments pour garantir une consommation de nourriture appropriée. Lorsqu'une femme enceinte est surmenée et sous-alimentée, elle est plus susceptible d'avoir un bébé qui a un faible poids à la naissance, plus prédisposée à la maladie et à la mort. En outre, les grossesses fréquentes font beaucoup de victimes dans les pays en voie de développement. On estime que, dans ces pays, les femmes passent 60 pourcent de leur vie en grossesse ou à allaiter⁽⁶⁾.

La Banque Mondiale définit la sécurité alimentaire comme l'accès par tous et à tout moment, à une quantité suffisante de nourriture pour mener une vie active et saine. *En Afrique, 40 pourcent de la population est affectée par l'insécurité alimentaire et 25 pourcent en Asie et Amérique Latine*⁽⁶⁾. L'insécurité alimentaire se traduit par la perte des réserves de graisse, les carences en micro-aliments, une malnutrition chronique et une capacité de travail réduite⁽²³⁾. Le concept de la sécurité des conditions de vie des ménages (HHLS) élaboré par CARE, élargit la définition faite par la Banque Mondiale pour y incorporer les concepts d'adaptabilité/résistance. Pour être définitivement sécurisés, les foyers doivent pouvoir accéder à la nourriture et savoir gérer les dangers qui menacent leurs moyens de subsistance, tels que la maladie et la sécheresse. Il y a quatre facteurs clés qui affectent la sécurité alimentaire et mettent les femmes, surtout celles qui sont en grossesse, en grand danger de carence alimentaire.

- **Des opportunités économiques limitées:** pour s'assurer un régime alimentaire équilibré, le foyer doit être capable de produire sa propre nourriture, ou avoir accès à des ressources lui permettant de se procurer de la nourriture au marché.
- **Des fluctuations saisonnières dans la disponibilité des produits alimentaires:** pour qu'il y ait un régime alimentaire équilibré, une variété de produits alimentaires doit être disponible sur le marché tout au long de l'année. Par exemple, si les légumes verts (feuilles) ne sont produits qu'à certaines saisons, la femme enceinte peut ne pas disposer des nutriments essentiels au moment où elle en a besoin. Le prix de la nourriture augmente également pendant certaines saisons, influençant ainsi leur disponibilité.
- **La répartition de la nourriture au sein du foyer:** dans de nombreuses cultures, la femme est celle qui mange le moins et en dernier, malgré leur charge de travail importante.

- **Les croyances culturelles et les coutumes:** il y a de nombreux tabous alimentaires autour de la grossesse et de l'allaitement. Certains aliments riches en protéines ne sont consommés qu'à l'occasion des fêtes, ou alors on ne permet pas à la femme de les manger pendant la grossesse. Dans de nombreuses sociétés, on conseille à la femme enceinte de manger moins afin que le bébé soit petit et que l'accouchement soit plus facile.

La malnutrition de la femme et de la jeune fille est étroitement liée au statut inférieur de la femme et aux normes sociales. Ces pratiques ont leurs racines dans des comportements ayant commencé dès l'enfance et qui se sont poursuivis tout au long de leur vie de femme. On estime à 450 millions le nombre de femmes adultes des pays en voie de développement qui souffrent d'un retard de croissance – elles sont petites pour leur âge – suite à une malnutrition protéino-calorique chronique tout au long de leur vie. Le taux le plus élevé de malnutrition parmi les femmes en âge de procréer se retrouve en Asie, où 60 pour cent des femmes ont un faible poids, 60 pour cent sont anémiques et 15 pour cent ont un retard de croissance⁽⁵⁾.

Comme indiqué plus haut, la combinaison d'un faible poids avant la grossesse avec un gain de poids inadéquat pendant la grossesse, a des effets négatifs sur le bébé, mais cette relation est moins claire quant aux effets sur la mère. Une femme ayant un faible poids avant la grossesse, a besoin de prendre plus de poids pour réduire de manière effective les risques de problèmes à l'accouchement. Cependant, ces gains de poids (jusqu'à 13 kg) sont peut être irréalistes pour les femmes des pays en voie de développement.

Par conséquent, on devrait également mettre l'accent sur la prise de poids avant la grossesse pour que les femmes ne tombent pas enceintes, dans un mauvais état nutritionnel⁽³¹⁾.

Les carences en micro-aliments: les carences en micro-aliments sont directement liées à la mauvaise alimentation en qualité et en quantité. Les carences les plus fréquentes sont les carences en fer, en acide folique, en Vitamine A et en iode.

La carence en fer diminue la capacité à combattre l'infection et cause l'anémie. L'anémie maternelle (Hb inférieur à 11g/dl) affecte environ 500 millions de femmes en âge de procréer (la moitié des FAP) dans le monde entier. L'anémie a parfois plusieurs causes, mais les principales sont un mauvais régime alimentaire, une faible consommation de fer ou une perte de fer. Les autres carences alimentaires telles que celles en acide folique, en vitamines A et C, contribuent également à l'anémie. Lorsque ces aliments sont disponibles en quantités suffisantes, ils améliorent la consommation de fer. Par ailleurs, des maladies telles que le paludisme et l'ankylostomiase contribuent à l'anémie de manière significative. Le fait de fournir à la jeune fille un apport en vitamines avant sa grossesse peut augmenter ses réserves de fer de façon considérable (Voir Chapitre 5, Tableaux 5.8).

On devrait également mettre l'accent sur la prise de poids avant la grossesse pour que les femmes ne tombent pas enceintes, dans un mauvais état nutritionnel.

On estime à plus de 120 millions le nombre de femmes, dans le monde, qui aimeraient soit espacer leurs grossesses d'au moins deux ans, soit limiter la taille de leur famille, mais qui ne peuvent pas le faire.

La Vitamine A permet d'avoir un système immunitaire résistant et de prévenir l'héméralopie. D'après plusieurs études menées en Asie du Sud, les femmes victimes de l'héméralopie ont, en général, un régime alimentaire pauvre et ont plus de chance d'être anémiques; elles ont des infections et bon nombre d'entre elles souffrent de malnutrition protéino-calorique (MPC). Ceci souligne, une fois de plus, qu'il est important de travailler avec les femmes afin qu'elles puissent disposer de sources adéquates de vitamine A dans leur régime alimentaire avant leur grossesse (Voir Chapitre 5, Tableaux 5.8).

L'Iode est important pour le bon développement physique et mental du fœtus. Les enfants nés de mères souffrant d'une carence en iode ont davantage tendance à être mentalement retardés et à avoir un quotient intellectuel (QI) bas, même dans les cas les plus bénins (Voir Chapitre 5, Tableaux 5.8).

IV. NATALITÉ ÉLEVÉE/GROSSESSE NON DÉSIRÉE

Une plus grande natalité favorise les complications obstétricales. Les femmes des pays en voie de développement sont plus exposées aux risques tout au long de leur vie. Bien que les taux de natalité aient baissé de façon significative au cours des dernières décennies, ils demeurent encore élevés dans certains pays. L'Afrique sub-saharienne a les indices de natalité les plus élevés, qui vont de 4,8 à 7,3, suivie de l'Asie, avec des indices allant de 3,7 à 5,1⁽¹⁶⁾ et de l'Amérique Latine avec des indices allant de 3,1 à 4,6. Traditionnellement, les gens préfèrent les grandes familles parce qu'elles sont sources de main d'œuvre pour l'agriculture et constituent une sécurité sociale pour les parents pendant leur vieillesse, à cause de l'absence de pension de retraite.

A. Les Grossesses des Adolescents

Le taux de natalité demeure élevé à cause des mariages précoces et du manque d'accès aux services de planning familial. Si une femme peut retarder sa grossesse jusqu'à ce qu'elle atteigne la maturité physique, ou si elle peut espacer ses grossesses de deux ans au moins ou davantage, alors elle a moins de chances d'avoir une complication.

Les jeunes fille deviennent fécondes bien avant que leurs corps ne soient prêts à supporter la grossesse et l'accouchement. Lors du ménarche, la taille des jeunes filles augmente de 4 pourcent environ et le développement pelvien augmente de 12 à 18 pourcent⁽²⁰⁾. **La grossesse pendant l'adolescence constitue une menace pour la santé et l'état nutritionnel de la mère et du fœtus, qui se font concurrence pour faire face à leurs besoins de croissance respectifs.** En outre, il y a un taux plus élevé de prématurés, de mort-nés et de bébés ayant un faible poids chez les enfants nés de mères adolescentes. Selon une étude effectuée au Nigéria, le TMM des jeunes filles est sept fois plus élevé chez les filles de moins de 15 ans que chez celles qui ont entre 20 et 24 ans⁽²⁰⁾.

On estime à 15 millions, le nombre d'enfants nés chaque année, dans le monde, de mères adolescentes, soit 10 pourcent du nombre total de naissances. Les adolescentes représentent 21 pourcent des décès maternels⁽¹⁷⁾.

B. Des Services de Planification Familiale Inadéquats

On estime à plus de 120 millions le nombre de femmes, dans le monde, qui aimeraient soit espacer leurs grossesses d'au moins deux ans, soit limiter la taille de leur famille, mais qui ne peuvent pas le faire. Des couples expriment le désir d'utiliser la PF, mais ils n'utilisent aucune méthode, ce qui indique qu'il y a des besoins non satisfaits. L'Inde a le plus grand nombre de femmes dont le besoin en services de PF reste insatisfait avec 31 millions, suivie du Pakistan (5,7 millions), du Vietnam (5,2 millions), de l'Indonésie et du Bangladesh (4,4 millions chacun), du Nigéria (3,9 millions), du Mexique (3,1 millions), des Philippines (2,5 millions) et de l'Égypte (1,8 million)⁽³³⁾.

Les raisons de la non utilisation de la PF varient selon les pays, mais ces raisons peuvent être:

- la difficulté d'accès à des services de planification familiale;
- la crainte des effets secondaires des méthodes de PF;
- le manque d'information ou la mauvaise information;
- l'opposition du mari, de la famille ou de la communauté; et
- la connaissance insuffisante des risques liés à la grossesse.

On estime qu'un tiers environ des décès maternels, soit 175.000 par an, pourraient être évités grâce à l'amélioration de l'accès aux services de planification familiale^(1,3).

L'UNICEF estime qu'il devrait y avoir, aujourd'hui, 60 millions de femmes en plus dans le monde, mais qu'elles ont été tuées ou sont mortes du fait des violences dont elles sont victimes.

C. *Augmentation de la Parité et de L'âge*

De nombreuses études montrent que la deuxième et la troisième grossesses sont celles qui présentent le moins de complications, alors que les complications et les décès maternel augmentent de façon significative après le troisième enfant. En Jamaïque, une femme qui donnait naissance à son cinquième enfant ou plus, avait 43 pour cent plus de chances de décéder qu'une femme accouchant de son deuxième enfant⁽³⁴⁾.

Le risque augmente également avec l'âge. Les femmes de plus de 35 ans représentent une proportion assez importante du nombre total de femmes qui accouchent. Par exemple, au Bangladesh, ces femmes constituent 25 pour cent de la totalité des grossesses, au Nigéria 15 pour cent et aux Etats-Unis 21 pour cent⁽²⁰⁾. Dans les pays en voie de développement, les femmes de 35 ans et plus ont plus de chance de développer des complications dues, en grande partie, au fait qu'elles ont eu plus de grossesses et que bon nombre d'entre elles n'ont pas bien espacé leurs grossesses.

Une étude réalisée au Honduras a montré que les femmes qui ont espacé leurs naissances de moins d'une année avaient plus de risque de mourir que celles qui les ont espacées davantage⁽³⁵⁾. La mortalité est également plus élevée chez les nouveaux-nés/enfants lorsque les intervalles entre les naissances sont inférieurs à deux ans. Plusieurs enquêtes démographiques et sanitaires ont démontré que le fait d'augmenter l'intervalle entre les grossesses de 36 à 48 mois, comporte des avantages significatifs pour la mère (par exemple, une anémie moins sévère) ainsi que pour le nouveau-né/l'enfant.

V. LES ABUS ET LES VIOLENCES À L'ENCONTRE DES FEMMES

La violence dirigée contre les femmes, qui ne connaît pas de frontières ethniques, culturelles et économiques, est étroitement liée au statut inférieur de la femme et touche des millions de femmes dans le monde entier. Dans de nombreux pays, les actes de violence dont sont victimes les femmes sont ignorés, tolérés ou même consacrés par la loi ou les coutumes.

La Déclaration des Nations Unies sur l'Élimination de la Violence Contre les Femmes a défini la violence contre les femmes comme "toute violence basée sur le sexe qui entraîne ou peut entraîner des dommages physiques, sexuels ou mentaux, ou des souffrances chez les femmes". Cette violence comprend:

- homicide sur les foetus et les bébés de sexe féminin;
- la mutilation des organes génitaux féminins;
- la violence physique, y compris le passage à tabac, les brûlures et le jet d'acide;
- le mauvais traitement émotionnel, tel que prêter attention à d'autres femmes, l'usage d'injures, la limitation des déplacements, la confiscation des biens, la réprimande, la coercition ou le refus d'adresser la parole; et
- l'abus sexuel, y compris le viol par des membres de la famille⁽³⁶⁾.

Des études révèlent que 20 à 50 pourcent des femmes dans le monde sont battues à un moment donné de leur vie par leur partenaire masculin. Ces études révèlent également que 50 à 60 pourcent des femmes qui sont victimes d'abus de la part de leur partenaire sont également violées⁽¹⁵⁾. On estime que 13,5 millions des réfugiées sont des femmes qui vivent dans des conditions qui les exposent à la violence et aux abus.

Les principales raisons de la violence domestique, qui varient selon le contexte, peuvent être: le soupçon d'infidélité, le refus d'obéir à des ordres, les querelles de ménage et les problèmes économiques. **Les personnes proches de la femme - le père, le mari, les membres de la famille et les amis de sexe masculin - sont responsables de la plupart des actes de violence.** Il est fréquent que la violence commence en bas âge et se poursuit tout au long de la vie de la femme⁽³⁶⁾. Le mauvais traitement et la peur qu'elle engendre affecte la vie de la femme de plusieurs manières, dont le masochisme, la dépression, l'angoisse psychologique, l'anxiété, le syndrome du stress post-traumatique, l'homicide et le suicide⁽³⁷⁾.

Les conséquences de la violence sur la reproduction sont:

- l'abus sexuel/viol commençant en bas âge;
- les lésions des voies génitales;
- les taux élevés de grossesses non désirées, aboutissant parfois à l'avortement;
- les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA;
- le passage à tabac pendant la grossesse, entraînant la naissance de bébés de faible poids, des accouchements prématurés et des fausses couches⁽³⁷⁾.

VI. CONCLUSION

Les interventions pouvant permettre d'éviter ou de différer la grossesse à une période où la jeune fille/femme sera moins susceptible de souffrir de sévices ou de mourir (par exemple l'éducation, le PF) sont efficaces parce qu'elles réduisent le nombre total de grossesses. De même pour les interventions qui peuvent survenir à une période de grand risque (par exemple l'espacement de naissance d'au moins deux ans). Ces interventions s'attaquent au taux de mortalité maternelle mais pas au ratio parce qu'elles n'influencent pas le nombre de naissances vivantes.

Ce chapitre tente d'identifier les principaux facteurs auxquels il convient de s'attaquer au cours de la grossesse. Il s'efforce également de souligner l'importance à mettre sur pied des interventions au cours de la période qui précède la grossesse, moment où elles peuvent faire une différence, avant que la femme ne tombe enceinte.

FACTEURS LIÉS A LA GROSSESSE

I.	LA PERIODE PRENATALE	3.1
A.	Les croyances et pratiques durant la grossesse	3.1
B.	L'alimentation au cours la grossesse	3.2
C.	Le planification de l'accouchement/se préparer pour la grossesse	3.3
D.	Les prestations de soins prénataux	3.4
	1. Les programmes de dépistage sont-ils efficaces?	3.4
	2. Les procédures prénatales	3.6
	3. Dépistage pour les infections sexuellement transmissibles	3.7
II.	LES ACCOUCHEMENTS	3.8
A.	Les croyances et pratiques durant l'accouchement	3.8
B.	Les naissances à domicile non assistées	3.9
C.	Les retards dans la reconnaissance du problème	3.11
D.	Les retards dans la prise de décision	3.12
E.	Retard pour arriver au centre de santé	3.13
F.	Les retards dans l'obtention de soins maternels et infantiles de qualité	3.14
III.	LES SOINS DANS LE POST-PARTUM	3.17
A.	Les croyances et pratiques pendant la période du post-partum	3.17
B.	Les soins dans le post-partum	3.18
C.	Les soins post-avortement	3.18
IV.	LE NOUVEAU-NÉ	3.19
A.	Les infections	3.20
B.	Le faible poids à la naissance (FPN)	3.22
V.	CONCLUSION	3.23

I. LA PERIODE PRENATALE

La grossesse est une période spéciale. De nombreux facteurs seront examinés dans cette section: ceux qui soulignent l'importance d'une période prénatale saine et ceux qui ont des influences sur les résultats qui seront obtenus par la mère et le nouveau-né. Il s'agit: des croyances et pratiques, de la nutrition pendant la grossesse, planification des naissances et des services néonatales.

A. *Les Croyances et Pratiques durant la Grossesse*

Un peu partout dans le monde, la bonne santé dépend de l'équilibre entre "le chaud et le froid"⁽²⁹⁾. La grossesse est considérée comme un état "chaud", tout comme le mûrissement d'un fruit. Avoir trop chaud est dangereux, toutefois le gonflement des mains et des pieds est considéré comme normal. On croit que la médecine occidentale est dangereuse parce qu'elle "chauffe le corps". Par conséquent, si le moindre problème survient pendant la grossesse, il est traité par des plantes médicinales pour refroidir le corps, plutôt qu'avec des médicaments occidentaux⁽²⁴⁾. Beaucoup de femmes ne cherchent pas à faire des examens réguliers puisque la grossesse est considérée comme un état normal. Certaines femmes nient d'être enceintes de peur d'attirer sur elles des mauvais esprits⁽²⁹⁾.

Beaucoup de cultures ne comprennent pas le processus de la reproduction, l'anatomie ou le processus d'accouchement. Il y a également des confusions concernant la durée de la période de gestation. La tribu Wan en Côte d'Ivoire pense que les enfants naissent à 10, 12 mois ou même 18 mois⁽²⁹⁾. Ces croyances affectent sérieusement les discussions sur les dates prévues pour l'accouchement et ont un impact important sur la fourniture de soins prénataux, notamment pendant le premier trimestre.

Dans de nombreuses sociétés, il est conseillé aux femmes enceintes de modifier leur alimentation en réduisant leur consommation de nourriture, généralement pour garantir un accouchement plus facile. Selon une étude indienne, la plupart des femmes ont déclaré qu'elles préféreraient avoir de petits bébés (moins de 2,6 kg), car elles pensaient qu'ils jouiraient d'une meilleure santé⁽²⁹⁾. Dans d'autres cultures, on dit aux femmes de ne pas manger certains types d'aliments, mais d'en consommer d'autres. Si ces tabous limitent la consommation d'aliments vitaux, ils peuvent avoir des effets négatifs sur la mère et sur le bébé.

Certaines normes culturelles imposent que les femmes soient cloîtrées chez elles ou bien que leurs déplacements soient limités à certaines périodes, telles que la menstruation, la grossesse ou les 40 premiers jours après l'accouchement. Cet état de fait limite considérablement l'accès des femmes aux services de soins de santé, car elles doivent obtenir la permission de leur mari et être accompagnées.

B. L'Alimentation au cours de la grossesse

Selon les estimations, 20 à 45 pourcent des femmes en âge de procréer ne reçoivent pas la ration alimentaire de 50/kcal/kg par jour recommandée par l'OMS, et à plus forte raison les 300 calories supplémentaires nécessaires pendant la grossesse. Les croyances culturelles et les ressources économiques renforcent cette idée de limiter la consommation. Selon une étude faite en Inde, les femmes à revenus élevés consommaient environ 2.500 calories par jour pendant la grossesse et prenaient en moyenne 12,5 kg. Les femmes pauvres ne consommaient que 1.400 calories par jour et ne prenaient que 1,5 kg en moyenne⁽²¹⁾.

La consommation de calories est étroitement liée à la dépense d'énergie. D'après une étude, les femmes enceintes qui continuaient à mener des activités pénibles prenaient en moyenne 6,5 kg et leurs nourrissons pesaient en moyenne 3.068 grammes à la naissance, alors que celles qui avaient peu d'activités physiques prenaient 9,2 kg et leurs nourrissons pesaient en moyenne 3.270 grammes⁽³³⁾. Selon une autre étude, en Afrique Occidentale, les femmes qui recevaient des suppléments alimentaires pendant la saison des pluies, quand la dépense d'énergie est faible, avaient de gros bébés, tandis que celles qui recevaient des suppléments pendant la saison sèche, lorsque la dépense d'énergie est élevée, ne constataient aucune augmentation du poids du bébé à la naissance. **La réduction de la dépense d'énergie et l'augmentation de la consommation de calories est la stratégie la plus efficace pour augmenter le poids du bébé à la naissance⁽²¹⁾.**

Carences en micro-aliments: Les carences en micro-aliments sont directement liées à une mauvaise alimentation, en qualité et en quantité. Les carences les plus courantes concernent: le fer, l'acide folique, la vitamine A et l'iode.

La carence en fer diminue la capacité à combattre l'infection et cause l'anémie. *L'anémie maternelle (Hg en-dessous de 11 g/dl) affecte environ 500 millions de femmes en âge de procréer (la moitié des femmes en âge de procréer) dans le monde.* L'anémie a souvent plusieurs causes, mais la mauvaise alimentation, la faible absorption de fer ou une perte de fer en sont les causes majeures. D'autres carences en micro-aliments telles que l'acide folique, les vitamines A et C contribuent également à l'anémie. Lorsque ces aliments sont disponibles en quantités suffisantes, ils améliorent l'absorption du fer. Les maladies telles que le paludisme et l'ankylostomiase contribuent également de manière significative à l'anémie. L'alimentation des adolescentes avant leur grossesse peut considérablement augmenter leurs réserves en fer (Voir Chapitre 5, Section IV, Section Protocoles de Traitement).

La réduction de la dépense d'énergie et l'augmentation de la consommation de calories est la stratégie la plus efficace pour augmenter le poids du bébé à la naissance

La Vitamine A est nécessaire pour un système immunitaire fort et la prévention de l'héméralopie. Plusieurs études en Asie du Sud ont trouvé que les femmes qui souffrent d'héméralopie, ont en général une mauvaise alimentation; elles sont plus sujettes à l'anémie, et ont plus d'infections. Beaucoup souffrent d'une malnutrition protéino-calorique (MPC). Cela souligne une fois de plus la nécessité de travailler avec les femmes pour disposer des sources en vitamine A appropriées dans leur alimentation avant leur grossesse⁽³⁹⁾. (Voir Chapitre 5, Tableau 5.6 pour protocoles de traitement).

L'Iode est nécessaire au bon développement physique et mental du fœtus. La carence en iode accroît les possibilités de faire des fausses couches, d'accoucher des mort-nés et des prématurés. Un enfant né d'une mère qui souffre de carence en iode est plus sujet à un retard mental, au crétinisme et à une mauvaise coordination musculaire. A peu près 250 millions de femmes souffrent des effets d'une carence en iode et presque un tiers des Africains (soit 181 millions) vivent dans des régions avec carence en iode^(20, 40).

C. *La Planification de l'accouchement/se préparer pour la grossesse*

Se préparer pour les naissances n'est pas un concept courant dans la plupart des pays en développement. Les grossesses ne sont souvent reconnues que lorsqu'elles sont visibles (6 – 7 mois). Ce manque de préparation à un accouchement abouti aux "quatre retards" déjà mentionnés dans ce document, et sont responsables des maladies et des décès. Il est important d'encourager les femmes et leurs familles à réfléchir, avant une urgence, aux aspects pratiques d'accessibilité aux soins obstétricaux.

Les jeunes adolescentes, surtout les primipares sont souvent vulnérables à cause de leur état physiologique immature, du manque d'accès à de l'information appropriée, aux services anténatals et aux possibilités de prendre des décisions. Les services doivent être orientés de manière à pourvoir aux besoins spécifiques de ces adolescentes

TABLEAU 3.1
ÉLÉMENTS PRINCIPAUX DE LA PLANIFICATION DE L'ACCOUCHEMENT/SE PRÉPARER POUR LA GROSSESSE

- ✓ Informer les femmes sur ce qui va se passer pendant la grossesse, y compris leur date d'accouchement prévue et prendre soin d'elles-même pendant la grossesse (par exemple, nutrition et réduction de la charge de travail).
- ✓ Connaître et identifier les signes de danger pour la mère pendant la grossesse, l'accouchement, et la période de post-partum.
- ✓ Promouvoir l'importance d'avoir un prestataire compétent qui assiste à leur accouchement.
- ✓ Savoir à quelle formation sanitaire aller si une complication surgit.
- ✓ Savoir comment aller à cette formation sanitaire.
- ✓ Encourager le développement d'un plan pour payer ces services (épargnes/emprunts).
- ✓ Comprendre l'importance de l'allaitement immédiat et exclusif.
- ✓ Eduquer les femmes et leurs familles à identifier les signes de danger pour les nouveaux-nés.
- ✓ Eduquer les femmes au sujet de leur retour à la fertilité et des options de PF qui leurs sont disponibles.

D. *Les Prestations de Soins Périnataux*

Il y a, dans la littérature, un débat sur l'efficacité des soins prénataux dans la réduction de la mortalité et morbidité maternelle et néonatale. Il semble que les soins prénataux peuvent être très utiles, grâce à la planification des naissances, l'apport de fer et d'acide folique (FAF), la détection des complications liées à la grossesse, l'évacuation vers le centre de santé et le traitement des maladies courantes telles que le paludisme, l'ankylostomiase, l'hépatite virale et les MST.

1. *Les programmes de dépistage sont-ils efficaces?*

Dans le passé, on faisait passer des tests aux femmes pour identifier celles qui couraient le plus de risques de complications. Les critères présentés ci-après, appelés les "quatre trop", servaient à identifier les femmes considérées comme étant "à haut risque".

- trop jeunes (moins de 15 ans);
- trop âgées (plus de 35 ans);
- trop souvent (moins de 24 mois d'intervalles entre les naissances); et/ou
- trop nombreuses (plus de cinq grossesses).

Dans beaucoup de pays, 50-60 pour cent des grossesses sont considérées "à haut risque" selon ces paramètres de dépistage. Néanmoins, nous savons que des études ont démontré que 15 pour cent des femmes enceintes développeront des complications qui nécessitent des soins obstétricaux d'urgence.

Classer la majorité de la population dans la catégorie "à haut risque" ne contribue pas à identifier les femmes qui auront besoin de soins obstétricaux. Si toutes ces femmes étaient à la recherche de services, les hôpitaux seraient débordés. En outre, certaines femmes "à faible risque" auront besoin de ces services mais, dans beaucoup de pays, elles ne sont pas bien informées parce qu'elles ne sont pas considérées "à risque".

Des études ont trouvé que la majorité des programmes de dépistage n'ont pas une sensibilité suffisante pour identifier avec succès la majorité des femmes qui nécessiteront des services obstétricaux spécialisés.

Un programme de soins prénatals à Kasongo, au Zaïre, utilisait les antécédents médicaux pour identifier les femmes susceptibles d'avoir une dystocie au cours du travail. Les femmes ayant un antécédent médical de dystocie pendant le travail étaient considérées "à haut risque" et les femmes qui n'avaient pas un tel antécédent médical étaient classées "à faible risque". Le programme a identifié 156 femmes sur un total de 3.614 présentant un risque élevé d'obstruction au cours du travail⁽⁴¹⁾ (Voir Tableau 3,2).

TABLEAU 3.2
PROGRAMME PRENATAL A KASONGO, ZAIRE

	MAUVAIS ANTECEDENT (A HAUT RISQUE)	BON ANTECEDENT (A FAIBLE RISQUE)	TOTAL
Toutes les femmes	156	3,458	3,614
Dystocie	15	36	51
Sans complications	141	3,422	3,563

Source: Maine 1993

Beaucoup de conditions définies comme "facteurs de risque" sont en fait des complications qui ont exigé des traitements (ex: anémie, MSTs, hypertension) donc une approche basée sur les facteurs de risque ne devrait pas être utilisée pour déterminer si les femmes ont besoin de soins maternels. Toutes les femmes ont besoin d'accès à des bons services de santé maternelle.

A l'accouchement, 51 femmes ont eu une dystocie au cours du travail. Bien que cela constitue un faible pourcentage du nombre total de naissances (1,4%), ce n'est qu'une des complications obstétricales qui peuvent survenir. Parmi les femmes qui ont eu une dystocie au cours du travail, 36 avaient de bons antécédents médicaux et les autres 15 avaient été identifiées comme étant à haut risque. **Cela signifie que la majorité des femmes qui ont eu des complications étaient considérées à faible**

Les complications relatives à la grossesse ne peuvent pas être prévues. TOUTES LES femmes enceintes ont besoin des informations adéquates sur les signes de danger et les actions requises si une complication surgit.

Les complications liés à la grossesse ne peuvent être prévus ou prévenus, mais peuvent être traités.

Les MST et le HIV/SIDA constituent la deuxième cause la plus répandue de mortalité chez les femmes des pays en voie de développement, mesurée par les DALYs⁽⁵⁾.

risque. En outre, la majorité des femmes (90%) qui étaient considérées “à haut risque” ont accouché sans difficultés. Autrement dit, ce programme de dépistage a identifié correctement moins d’un tiers des femmes (29%) qui ont eu finalement besoin de services obstétricaux⁽⁴¹⁾.

Bien que le pourcentage sur toutes les femmes qui ont développé des complications dans cette étude est assez bas (1.4%), une importante proportion de celles qui ont eu des complications venait des femmes identifiées à faible risque.

Cet exemple accentue le fait que des complications relatives à la grossesse ne peuvent pas être prévues. Il souligne également l’importance de fournir à TOUTES LES femmes enceintes des informations adéquates sur les signes de danger et les actions requises si une complication surgit, indépendamment de leur niveau de risque.

Bien qu’il y ait un certain consensus sur les facteurs à risque tels que l’âge, la parité, les antécédents médicaux des grossesses précédentes, l’espace-ment des naissances, et la petite taille, les limites de ces facteurs ne font pas vraiment l’unanimité. Par exemple, 145 cm est la petite taille standard reconnue sur le plan international, mais dans certains contextes cela peut ne pas être valable. Il faut poursuivre les recherches pour identifier de meilleurs paramètres de dépistage afin d’identifier plus convenablement les femmes susceptibles d’avoir des complications. (Voir Chapitre 5.)

La littérature suggère fortement que le dépistage des risques soit modifié de façon à mettre l’accent sur l’éducation des femmes, des hommes et des membres de la famille en ce qui concerne les signes de danger et les actions requises pour accéder aux services de santé maternelle, en cas de complications.

2. Les Procédures Prénatales

Les antécédents en matière de grossesses sont importants car ils peuvent (s’ils sont correctement documentés) permettre d’identifier les complications précédentes liées à la grossesse qui peuvent accroître les risques de complications chez une femme. Toutefois, les études ont montré qu’au moins 25 pourcent des antécédents médicaux importants ne sont pas notifiés. Dans une étude, la rétention placentaire n’a été notée correctement que pour 68 pourcent des femmes qui avaient eu actuellement des complications⁽²¹⁾.

Dans les pays en voie de développement, des millions de femmes sont sous-alimentées et/ou souffrent de carences en micro-aliments⁽¹⁷⁾. L'existence d'une corrélation entre le gain de poids de la mère et le poids du nouveau-né à la naissance fait l'objet d'une controverse. Les femmes enceintes sont souvent pesées afin de détecter leur mauvais état nutritionnel et, si elles n'ont pas le poids requis, elles reçoivent des conseils. **Les facteurs qui affectent le plus le poids à la naissance sont le niveau nutritionnel de la femme (y compris les réserves en fer, la quantité et la qualité des calories consommées, et la dépense d'énergie – charge de travail).** (Voir Chapitre 5 pour plus d'informations).

La tension artérielle est généralement prise pour surveiller les débuts d'une pré-éclampsie ou d'une éclampsie, bien que les femmes habituellement hypertendues devraient faire l'objet d'une étroite surveillance. La pré-éclampsie ou l'éclampsie ne sont pas des états bien compris, mais elles sont associées à une montée de la pression artérielle, un gonflement généralisé (œdème) et la présence de protéines dans l'urine. Bien que les études aient trouvé que la pression artérielle et l'œdème ne sont détectés que chez la moitié des femmes environ souffrant de ces problèmes, ce nombre est suffisamment important pour justifier un suivi^(4, 20). (Voir Chapitre 5).

3. Dépistage pour les Maladies Sexuellement Transmissibles

La faible prise de conscience par rapport à la santé sexuelle, le peu d'usage de pratiques saines, les programmes inadéquats de traitement et d'identification du partenaire, et le manque de services de qualité en matière de santé de la reproduction pouvant prendre en charge les maladies sexuellement transmissibles (MST), sont les causes de nombreuses complications. L'impact de ces infections sur la santé et la fécondité des femmes est dû aux infections qui remontent du col de l'utérus, et aux risques élevés de cancer de l'utérus et du VIH.

Les MST affectent jusqu'à 10 pourcent de la population en âge de procréer. Les MST, incluant le VIH/SIDA, constituent la deuxième cause la plus répandue de mortalité chez les femmes des pays en voie de développement, mesurée par les DALY (mesure économique liée à la qualité de vie)⁽⁵⁾. Tandis que VIH/SIDA a suscité la majorité de l'attention (5,85 millions de cas en 1997) nous savons que les conséquences des MSTs peuvent également être graves, entraînant la cécité chez les nouveaux-nés, l'avortement spontané chez les femmes enceintes, et l'infertilité chez les hommes et les femmes.

Dans beaucoup de régions, les attitudes et les normes liées à la domination masculine empêchent les femmes à exiger le sexe sans risque, ou à se protéger contre des relations sexuelles non désirées ou risquées. Plus de 80 pour cent des femmes sont infectées par un partenaire de sexe masculin et un risque pour une femme d'acquérir une infection pendant le sexe non protégé est deux à quatre fois plus grand que pour un homme. En plus, une physiologie de femme plus jeune les met dans un plus grand risque de contracter l'infection par le VIH. Dans beaucoup de pays en voie de développement, en particulier Afrique Sub-saharienne, les infections chez les filles adolescentes dépassent celles en nombre des garçons adolescents par un taux de 2 pour 1. On estime qu'entre 50 et 80 pourcent de MST chez les femmes sont non reconnues et non soignées⁽⁹⁸⁾.

Les femmes représentent 45 pourcent du nombre total de séropositifs et la moitié des nouvelles infections touchent les personnes de 15-24 ans⁽¹⁹⁾. Les recherches indiquent que les MST multiplient la transmission du VIH. (Voir la section des nouveaux-nés pour TME, Section IV).

Peu de programmes ont réussi à mettre en œuvre le dépistage et le traitement, à grande échelle, des MST chez les femmes enceintes et leurs partenaires. Néanmoins, là où ces activités ont été menées à petite échelle, les diagnostics et traitements des MST ont considérablement amélioré la santé de la femme et les résultats liés à la naissance.

La combinaison de ces facteurs rendent les femmes, et particulièrement les adolescentes, spécialement vulnérables de contracter les MST et potentiellement le VIH.

II. LES ACCOUCHEMENTS

A. *Les Croyances et Pratiques durant L'accouchement*

Habituellement, les femmes ne sont pas confinées au lit pendant l'accouchement. Elles marchent en rond, utilisent une chaise ou, pour se maintenir, attachent une corde à une poutrelle du toit. Une étude de 76 sociétés non occidentales a révélé que les femmes dans 62 sociétés se tenaient assises ou accroupies pendant l'accouchement. L'utilisation de plantes médicinales et le massage abdominal pour détendre la femme en travail, sont considérés comme bénéfiques⁽²⁾.

Dans certaines cultures, on pense que les organes peuvent se déplacer, notamment le placenta qui peut remonter et étouffer la femme. D'autres croient que l'utérus va bouger alors on utilise un bandage pour le stabiliser⁽²⁴⁾. Faire boire de l'huile à la femme ou mettre ses cheveux ou ses doigts dans sa bouche pour provoquer des haut-le-cœur ou des vomissements, semblent être des pratiques assez répandues, particulièrement pendant un travail prolongé ou lorsque le placenta n'a pas été expulsé⁽²⁴⁾. Dans de nombreuses cultures traditionnelles, on pense que le travail prolongé est dû à des forces extérieures ou à des mauvais esprits. Par exemple, en Afrique de l'ouest, on pense que le travail prolongé survient parce que la femme a eu une aventure sentimentale⁽²⁰⁾.

D'autre part, un saignement abondant est considéré comme un processus de purification et non comme un problème. De nombreuses matrones lubrifient le vagin avec du beurre ou de l'huile de noix de coco pour le rendre plus glissant⁽²⁹⁾.

Le placenta est très important dans de nombreuses cultures, et le nourrisson est censé avoir une relation particulière avec ce dernier. Certains croient que le cordon ne devrait être coupé qu'après que le placenta ait été expulsé. Toutefois, une fois que le cordon est coupé, on considère que la mère et l'enfant peuvent être considérés souillés et doivent être isolés.

B. *Les Naissances à Domicile Non Assistées*

Comme il a été mentionné antérieurement dans le Chapitre un, la majorité des accouchements (63%), dans le monde en voie de développement, ont lieu à domicile et sont assistés en grande partie (47%) par une personne non formée. Ce phénomène est courant en Afrique et en Asie⁽⁶⁾ (Voir le Tableau 3,3). Ce qui signifie que, chaque année, 60 millions de femmes accouchent toutes seules ou avec l'aide d'une personne ou d'un membre de la famille non formé. Dans les zones rurales du Népal, les femmes préfèrent accoucher seules parce qu'elles évitent les dettes rituelles et la gêne⁽¹⁰⁾.

TABLEAU 3.3
ACCOUCHEMENT A DOMICILE ET PERSONNEL QUALIFIE,
PAR REGION

REGION	ACCOUCHEMENTS ANNUELS EN MILLIONS	A DOMICILE	AVEC UN PERSONNEL QUALIFIE
Développée	17(12%)	05%	99%
En voie de Développement	125(88%)	63%	55%
Afrique	28(20%)	66%	42%
Asie	85(60%)	67%	56%
Amérique Latine et Carraïbes	12(8%)	34%	76%

Source: OMS Factbook

Bien que le fait d'accoucher à domicile ne soit pas un facteur de risque en soi, les facteurs suivants entraînent tous des retards dans la décision de 1) reconnaître le problème; 2) de rechercher des soins; et 3) de se rendre au centre de santé.

- Beaucoup de matrones et de femmes dans les pays en voie de développement ne sont pas capables de reconnaître les complications.
- Beaucoup de femmes ne savent pas où aller en cas de complications.
- Beaucoup de femmes habitent loin des infrastructures et n'ont pas de moyens de transport.
- Beaucoup de femmes n'ont pas suffisamment de ressources pour accéder aux services.
- Beaucoup de femmes jugent les services comme étant inhumains ou inutiles.

Il y a souvent de la méfiance et de la suspicion entre les infirmières, les sages-femmes et les matrones, ce qui entrave la mise en place d'un système de référence efficace. En outre, dans la plupart des pays en voie de développement, il y a un manque d'infirmière/de sage-femme (Voir le Tableau 3.4) pour assurer des soins de qualité à toutes les femmes, qui peuvent en avoir besoin, dans une région spécifique.

Les nouveaux-nés ont très peu de possibilités de recevoir des soins; ces possibilités sont davantage réduites par le manque de savoir, l'éloignement des infrastructures, les tabous culturels et les prestataires des soins de santé mal formés et mal équipés.

TABLEAU 3.4
PERSONNEL QUALIFIÉ À L'ACCOUCHEMENT PAR PAYS

20% OU MOINS DE NAISSANCES AVEC DU PERSONNEL QUALIFIÉ		36%-21% DE NAISSANCES AVEC DU PERSONNEL QUALIFIÉ	
Somalie	(02%)	Cambodge	(21%)
Tchad	(05%)	Mali	(24%)
Guinée équatoriale	(05%)	Burundi	(24%)
Erythrée	(06%)	Sierra Leone	(25%)
Ethiopie	(08%)	Rwanda	(26%)
Népal	(08%)	Mozambique	(30%)
Bhutan	(12%)	Laos	(30%)
Bangladesh	(14%)	Nigeria	(31%)
Guinée Bissau	(16%)	Guinée	(31%)
Niger	(16%)	Inde	(35%)
Yémen	(16%)	Guatemala	(35%)
Angola	(17%)	Indonésie	(36%)
Pakistan	(18%)		
Haïti	(20%)		

Qualifié signifie assisté par une infirmière, une sage-femme ou un médecin
Source: OMS La santé maternelle dans le monde 1997

C. Les Retards Dans la Reconnaissance du Problème

En général, des millions de femmes dans le monde en voie de développement sont analphabètes. Elles n'ont également pas été informées des signes de danger, des causes de mortalité maternelle, et/ou des risques liés à l'accouchement. Ce manque de connaissance contribue sérieusement au retard dans la reconnaissance du problème.

**TABLEAU 3.5
SIGNES DE DANGER POUR LES FEMMES**

RECHERCHER DES SOINS IMMEDIATS		
GROSSESSE	ACCOUCHEMENT	POSTPARTUM
Saignements	Saignements abondants	Saignements importants
Convulsions	Convulsions	Convulsions
Pâleur, Respiration difficile	Fièvres, frissons, pertes	Fièvre, frissons
Maux de tête	Travail de plus de 12 heures	Pertes
Mains/visage enflés	Mauvaises présentations	
Forte fièvre	Placenta non expulsé en 30 minutes	
Douleurs abdominales aiguës		

Source: OMS, 1994

Les femmes, leurs familles et les agents communautaires ne connaissent pas non plus les signes indiquant que les nouveaux-nés sont en danger. Plusieurs enquêtes démographiques et de santé ont démontré que beaucoup de femmes ignorent les signes et symptômes d'une pneumonie, d'une déshydratation ou d'autres infections chez leurs enfants plus âgés ; par conséquent, il est peu probable qu'elles sachent ce qu'il faut faire pour leurs nouveaux-nés. Les nouveaux-nés ont très peu de possibilités de recevoir des soins; ces possibilités sont davantage réduites par le manque de savoir, l'éloignement des centres de santé, les tabous culturels et les prestataires des soins de santé mal formés et mal équipés.

**TABLEAU 3.6
SIGNES DE DANGER POUR LES NOUVEAUX-NES**

RECHERCHER DES SOINS IMMEDIATS	
A LA NAISSANCE	7 PREMIERS JOURS
Ne respire pas	Hypothermie/fièvre/frissons
La couleur de la peau est jaune (jaunisse)	Jaunisse
La peau, les paumes et les plantes de pieds sont bleues (Hypothermie)	Respiration difficile (plus de 60)
Incapable de téter	Convulsions
	Incapable de téter/ou tétée difficile/pas actif
	Rigidité
	Diarrhée/Constipation
	Yeux rouges gonflés avec suintement
	Rougeur et suintement autour du cordon

Source: OMS, 1996

Les familles rechignent à sortir le bébé hors de la maison. Dans certaines sociétés, la maladie du bébé est due aux mauvais esprits et non à des causes qui peuvent être traitées par la médecine occidentale. Dans les pays musulmans, la mère et le bébé sont cloîtrés pendant les quarante premiers jours suivant la naissance, alors que dans d'autres cultures on ne sort le bébé qu'après le baptême qui a lieu dans la deuxième ou troisième semaine de vie. Finalement, le nouveau-né n'a souvent pas de contact avec un prestataire de soins avant sa première vaccination, qui peut avoir lieu à deux ou trois mois. Ceci a comme conséquence que le nouveau-né n'est pas suivi durant la première semaine de sa vie; ce qui est pourtant très important pour sa survie^(9, 29).

D. Les Retards Dans la Prise de Décision

Dans de nombreuses cultures, les femmes ont peu ou n'ont pas la possibilité d'influencer la prise de décision au sein du ménage et cet état de fait est étroitement lié au peu de considération accordé aux femmes dans la famille et la société, en général. Plusieurs études ont démontré que les femmes sont influencées souvent par les croyances des mères, belles-mères ou autres parentes. De plus, les femmes ont généralement besoin de la permission de leur mari ou de celle d'un autre homme de la famille avant de pouvoir recevoir des soins.

Il n'y a pas suffisamment de sages-femmes formées pour atteindre l'objectif de réduction de la mortalité maternelle de 50% d'ici l'an 2000 fixé lors du Sommet mondial de 1990.

PRISE DE DÉCISION

Fatima, 27 ans, qui habitait dans un lointain village yéménite, a accouché de son sixième enfant, mais son placenta n'a pas été expulsé. Une heure plus tard, elle saignait abondamment. Son mari était absent et elle ne pouvait se rendre à l'hôpital sans la permission d'un parent. Le temps de trouver l'oncle de Fatima, puis de la transporter sur un brancard, pour une distance de 15 km, jusqu'à la route la plus proche, elle était décédée.

Family Health International Network, 1995.

La manière dont la communauté perçoit le système de santé, les infrastructures et les prestataires de soins, est basée sur les expériences antérieures. Si certaines femmes sont rapidement examinées, si elles bénéficient d'une certaine intimité ou encore si elles sont bien traitées, et si les produits sont disponibles et abordables, alors d'autres femmes se présenteront régulièrement. Cependant, si certaines femmes sont mal traitées et si les médicaments ne sont pas disponibles, alors les autres femmes attendront en général d'être proches de la mort pour se rendre dans un centre de santé. Les femmes hésitent également à avoir recours aux centres de santé pour les raisons suivantes:

- les centres de santé sont éloignés et cela signifie quitter sa famille;
- les femmes ne veulent pas être examinées par des médecins de sexe masculin et il n'y a pas d'agents de santé de sexe féminin;
- les hôpitaux sont perçus comme des mouirois; et
- il y a moins d'intimité;
- les coûts sont élevés.

E. *Retard Pour Arriver au Centre de Santé*

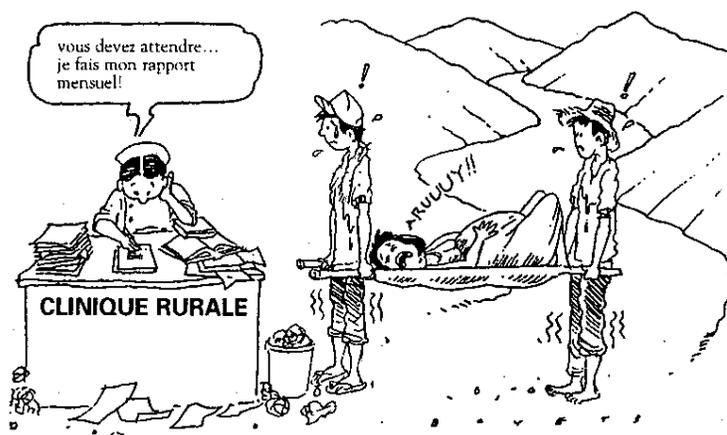
Amener les femmes au centre médical approprié le plus proche est une tâche ardue dans bon nombre de pays. Une étude menée en Inde a montré qu'une femme sur 10, qui est décédée des suites de complications liées à la grossesse, est morte pendant son transport à l'hôpital⁽⁴³⁾. Parfois, les familles ne savent pas comment entrer en contact avec un transporteur. Les moyens de transport ne sont pas disponibles; ils sont chers, ou il pourrait y avoir des problèmes de sécurité (par exemple lors des voyages de nuit).

Souvent, les femmes doivent prendre des moyens de transport différents pour atteindre un centre de santé. Par exemple, dans certaines communautés au Bangladesh, les femmes doivent être transportées sur un brancard fait-main jusqu'au fleuve, puis doivent prendre un bateau jusqu'à l'autre rive et doivent ensuite trouver un véhicule pour le transport jusqu'à l'hôpital. Les retards peuvent survenir à chacun ou à tous ces points.



Source: Feuerstein, 1993

Dans beaucoup de pays, les services de santé sont censés être gratuits. Cependant, quand les produits ne sont pas disponibles dans les centres de santé, les familles doivent acheter des médicaments et des produits dans le secteur privé et souvent à des prix élevés. Ensuite, il y a les coûts additionnels - dûs au fait que la femme est accompagnée au centre de santé par un membre de la famille, les frais de transport pour le retour, la nourriture et les faux frais qui doivent être payés par la famille. La plupart des familles n'ont pas de liquidités ou d'argent mis de côté pour les urgences, en conséquence elles doivent vendre du bétail, des bijoux ou autres objets de valeur. Si ce n'est pas possible, les familles doivent contracter des prêts à des taux d'intérêts prohibitifs, entraînant un retard supplémentaire pour l'accès aux soins. Pour réduire ce retard, les familles doivent planifier, avant l'accouchement, la manière dont elles feront face aux complications, si elles survenaient.



Source: Feuerstein, 1993

F. *Les Retards Dans L'obtention de Soins Maternels et Infantiles de Qualité*

Dans la plupart des pays en voie de développement, les centres de santé ne sont pas convenablement équipés pour assurer des services de qualité. Les institutions sont dans l'incapacité de prodiguer des soins obstétricaux, si le personnel qualifié, les médicaments d'urgence, le matériel (les perfusions, les aiguilles et les antiseptiques), le sang, l'anesthésie, ainsi que l'électricité et l'eau courante, ne sont pas disponibles en permanence.

La Confédération internationale des sages-femmes (The International Confederation of Midwives), l'OMS et l'UNICEF ont établi (voir le tableau 3.4) qu'il n'y a pas suffisamment de sages-femmes formées pour atteindre l'objectif de réduction de la mortalité maternelle de 50 pour cent d'ici l'an 2000 fixé lors du Sommet mondial de 1990⁽⁴⁴⁾. Dans beaucoup de régions de l'Afrique et de l'Asie il n'y a peut-être que seulement une sage-femme pour 300.000 personnes, ce qui veut dire une sage-femme pour 15.000 naissances. Selon des normes internationales le ratio recommandé est une sage-femme pour 5.000 personnes.

Beaucoup de professionnels de la santé, y compris les médecins n'ont pas reçu de formation adéquate ou n'ont pas d'expérience pratique qui leur permettent de prendre en charge, avec compétence, les urgences obstétricales mettant la vie en danger. Pire, les agents de santé sont fréquemment mutés et beaucoup d'entre eux doivent travailler dans des structures où les médicaments essentiels sont inexistantes et où l'équipement de base ne fonctionne pas.

ANALYSE DE SITUATION

Au Bangladesh, les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et les hôpitaux de districts (HD) sont censés être équipés pour assurer des services obstétricaux complets tandis que les centres de santé de Thana (CST) fournissent des services obstétricaux de base. En 1995, BIPHERT a mené une étude de base et a obtenu les résultats ci-après :

Personnel: Une personne compétente était à la tête d'un service OB/GYN dans (100%) des CHU, (50%) des HD et (25%) des CST.

Médicaments: Les CHU avaient des médicaments pour couvrir 5% des besoins des patients.

L'extraction manuelle du placenta: pouvait être entreprise dans (100%) des CHU, (90%) des HD et (16%) des CST.

L'anesthésie était disponible dans (100%) des CHU et (45%) des HD.

Une banque de sang était disponible dans (100%) des CHU et (65%) des HD.

Des salles de travail séparées étaient disponibles dans (100%) des CHU, (90%) des HD et (62%) des CST.

Les balances pour bébé étaient disponibles dans (100%) des CHU, (56%) HD et (48%) CST.

Les taux de létalité étaient de 2,1% pour les CHU, 3,3% pour les HD et 1,7% pour les CST.

Source: BIPHERT 1995

Les résultats de l'étude réalisée par le Bangladesh Institute of Research for Promotion of Essential and Reproductive Health and Technologies (BIPHERT) indiquent que malgré la présence d'un personnel adéquat dans les CHU, capables d'appliquer les traitements, il y a un manque crucial de médicaments. Les HD manquent de personnel, de matériel et même d'équipements simples tels que les balances pour bébé. Les CST ont un manque à la fois de personnel et d'équipement simple.

L'étude du BIPHERT a démontré que le manque d'agents de santé qualifiés, notamment les femmes médecins dans les régions rurales, constituait l'une des principales contraintes à la prestation des services obstétricaux, en dépit d'un vaste programme de formation mis en œuvre par le gouvernement et l'UNICEF⁽⁴⁵⁾.

Lorsque les prestataires de soins ne sont pas bien formés en matière de diagnostics et de traitement des complications obstétricales mettant la vie en danger, les services peuvent être davantage retardés ou même mal gérés. **Au Mexique, une étude a démontré que 83 pour cent des décès maternels étaient principalement dûs à une mauvaise prise en charge de la part des médecins.** Les mauvais diagnostics représentaient 20 pour cent des décès, et 25 autres pour cent étaient dûs à une mauvaise prise en charge chirurgicale⁽⁴⁶⁾.

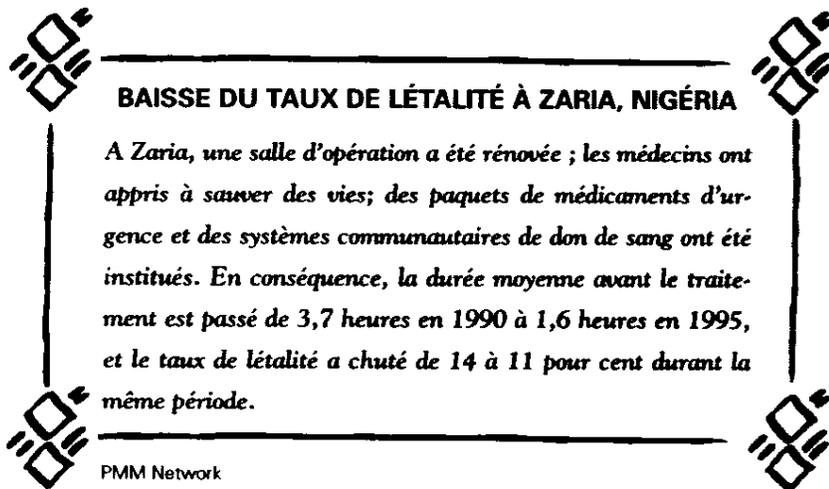
De nombreuses études ont trouvé qu'il ne suffit pas de former du personnel et de fournir des médicaments et des équipements. L'entretien du matériel et le feed-back permanent, tel que la revue de cas, sont nécessaires dans des institutions et des communautés pour s'assurer que les systèmes essentiels qui servent d'appui des services obstétricaux, tels que la gestion de l'information, le contrôle des stocks et les services de conseils, soient opérationnels.

Le taux de létalité (TL) est un indicateur utile de la qualité des soins car il compare le nombre de femmes admises à l'hôpital au nombre de femmes qui décèdent. Le taux de létalité reflète des facteurs tels que:

- la gravité de l'état de la femme lors de son admission;
- le temps d'attente;
- la charge de travail et les compétences des prestataires de soins;
- la disponibilité des médicaments, de l'équipement et du matériel; et
- les systèmes administratifs.

Dans l'étude de BIRPERT les taux de létalité indiquent que les CST réfèrent probablement la plupart de leurs complications, ce qui maintient leur taux de létalité inférieur. De plus hauts de taux de létalité dans CHU et HDs sont probablement dus aux femmes arrivant tard, la gestion des complications devenant plus difficile⁽⁴⁵⁾.

Un taux de létalité acceptable pour les femmes admises pour complications et qui décèdent est de 1 pourcent. Si ce taux dépasse 1 pourcent, alors il faut s'interroger sur la qualité des soins. Souvent les hôpitaux de référence ou de districts ont des taux plus élevés parce que ces structures accueillent des références qui arrivent tard et les cas les plus compliqués, qui sont plus difficiles à traiter. Le Réseau PMM (PMM Network) a découvert des taux de létalité allant de 1,2 pourcent au Ghana à 14 pourcent au Nigéria⁽⁴⁶⁾.



III. LES SOINS DANS LE POST-PARTUM

A. *Les Croyances et Pratiques Pendant la Période du Post-Partum*

Les femmes bénéficient souvent d'une plus grande attention et d'un meilleur soutien familial, et sont capables de s'alimenter plus durant la période du post-partum que pendant la grossesse, notamment si le bébé est un garçon⁽²⁹⁾. On considère que les femmes sont "froides" après l'accouchement et pendant l'allaitement, on peut leur fournir de la "chaleur". Au Mexique et au Guatemala, les nouvelles accouchées prennent des bains pour transpirer, alors que dans de nombreuses régions d'Asie du sud-est on pratique fréquemment "le rôtissage de la mère": les femmes allument un petit feu sous leur lit durant les premiers jours qui suivent l'accouchement⁽²⁹⁾.

Dans les cultures où les femmes qui viennent d'accoucher sont considérées souillées, notamment dans les cultures musulmanes, elles sont cloîtrées pendant les 40 premiers jours suivant l'accouchement. C'est également le moment où l'on considère que la femme est particulièrement vulnérable aux forces physiques et spirituelles. Les mesures de protection sont: les prières, les amulettes et les bains aux herbes. On peut parfois leur dire d'éviter les contacts avec les gens, le froid et l'eau. L'allaitement immédiat après l'accouchement et durant les premiers jours est habituellement déconseillé à cause de la croyance que le colostrum n'est pas bon pour le bébé⁽²⁹⁾.

La majorité des décès maternels surviennent au cours de la période du post-partum; cependant, peu de programmes ciblent les femmes pendant cette période. Si une complication survient au cours de cette période.

Les croyances traditionnelles guident et dictent les pratiques pendant la grossesse et l'allaitement. Si les agents de santé ne tiennent pas compte des croyances et pratiques, ils peuvent perdre toute crédibilité et les malades ne se rendront probablement dans les services de santé qu'en cas d'extrême urgence. Les prestations de soins de santé doivent être assurées de manière culturellement appropriée.

B. Les Soins Dans le Post-Partum

Comme cela a déjà été mentionné, la majorité des décès maternels surviennent au cours de la période du post-partum; cependant, peu de programmes ciblent les femmes pendant cette période. Si une complication survient au cours de cette période, les "quatre retards" limitent également la recherche de soins de santé. Les programmes doivent faire davantage d'efforts pour communiquer avec les femmes pendant cette période critique, surtout dans les régions où la majorité des naissances ont lieu à domicile. Il faut que les femmes, les membres du foyer et la communauté s'impliquent et contrôlent davantage à ce niveau et, il doivent savoir comment reconnaître les signes de danger. Les foyers et les communautés peuvent jouer un rôle important, spécialement lorsque les accouchements à domicile sont communs car ils sont proches des mères et des nouveaux-nés, et peuvent les encourager à chercher de l'aide s'il est nécessaire. Les femmes devraient connaître le moment du retour de leur fécondité et les choix possibles en matière de contraceptifs pour leur permettre d'espacer raisonnablement leurs grossesses.

C. Les Soins Post-Avortement

Selon une estimation, plus de 120 millions de femmes dans le monde voudraient soit espacer leurs enfants d'au moins 2 ans ou limiter la taille de leur famille, mais ne peuvent pas le faire. Il y a, au niveau de ces couples, un désir de recourir au planning familial, cependant ils n'utilisent pas de méthode, ce qui indique une demande insatisfaite. En conséquence, un grand nombre de ces grossesses sont non désirées et se terminent par des avortements (Voir Tableau 3,7).

TABLEAU 3.7
RESULTATS DES GROSSESSES PAR REGION

RÉGION	DÉSIRÉES	MAL CALCULÉES	NON DÉSIRÉES	AVORTEMENT
Afrique	76%	3%	11%	10%
Asie	63%	10%	9%	18%
Amérique Latine et Caraïbes	38%	15%	19%	28%
USA	43%	19%	9%	29%

Source: Institut Alan Guttmacher 1995

Selon les Nations-Unies, 20 millions d'avortements comportant des risques énormes sont pratiqués chaque année et entraînent la mort de 80.000 à 100.000 femmes⁽¹¹⁾. L'avortement est illégal dans de nombreux pays, mais même là où il est légalisé, l'accès à des prestations de qualité n'est pas garanti. Les risques pouvant mettre la vie en danger ne dissuadent pas les femmes de rechercher ou encore de provoquer elles-mêmes l'avortement. Beaucoup de femmes ne parviennent à mettre fin à leur grossesse qu'après plusieurs tentatives. Selon une étude réalisée aux Philippines, les femmes essaient, en moyenne, 3 différentes méthodes avant d'avorter: auto-induction, utilisation des massages abdominaux violents, recours aux services d'un praticien qui peut être qualifié ou non. Les avortements risqués aboutissent souvent à une hémorragie et à une septicémie qui entraînent la mort (Voir Chapitre 5 pour les Soins Post-Avortement).

IV. LE NOUVEAU-NE

Comme il a déjà été mentionné au chapitre un, chaque année, près de 8 millions de fœtus/nouveaux-nés meurent à un stade avancé de la grossesse, à la naissance ou peu après, suite à de mauvais soins maternels et/ou à une prise en charge inadéquate des complications liées à la grossesse. La mortalité néonatale s'accroît par rapport à l'ensemble des décès de nourrissons. L'OMS estime que 85 pourcent des décès de nouveaux-nés sont dûs aux infections, à l'asphyxie et aux traumatismes à la naissance, comme cela est indiqué dans le Tableau 1.14. Les maladies durant la grossesse, telles que le paludisme et les maladies sexuellement transmissibles (MST), notamment la syphilis et le VIH, ont des effets négatifs sur les nouveaux-nés⁽¹²⁾.

Beaucoup d'infections, telles que le paludisme, l'anémie et les MTS pendant la grossesse résultent dans des bébés de faible poids de naissance. En outre, beaucoup d'études ont constaté que les enfants ne sont pas pris en soin d'une façon opportune. Les "quatre retards" décrits au chapitre 1 s'appliquent également au soin du nouveau-né. Dans plusieurs études, les agents de santé ont identifié les nouveaux-nés comme étant malades (par exemple pneumonie), mais la famille a refusé de les amener à la formation sanitaire en raison de croyances traditionnelles⁽⁹⁾.

La mortalité néonatale s'accroît par rapport à l'ensemble des décès de nourrissons.

A. Les infections

Les organismes associés aux infections néonatales varient selon les régions. Bien que le streptocoque-B soit la principale cause de septicémie néonatale dans le monde développé, il n'en va pas de même dans le monde en voie de développement. **La plupart des études ont démontré que les bactéries gram négatives (par ex. Klebisella et Staphylocoque) sont les causes d'infections les plus importantes, dans les pays en voie de développement.** Ces résultats ont des implications importantes en matière de traitement. De nombreuses infections sont évitables par la vaccination, alors que d'autres peuvent être réduites grâce à une identification opportune et à une prise en charge appropriée⁽¹²⁾.

TABLEAU 3.8
ESTIMATION DE LA CONTRIBUTION GLOBALE DES MALADIES:
MORTS NÉONATALES

CAUSE	NBRE. de CAS	NBRE. DE DECES	TAUX DE LÉTALITÉ
Asphyxie à la naissance		840.000	
Traumatisme à la naissance		420.000	
Tétanos Néonatal	600.000	560.000	85
Septicémie	750.000	300.000	40
Méningite	126.000	50.400	40
Pneumonie	2.500.000	750.000	30
Diarrhée	25.000.000	150.000	
Naissance Préaturée		410.000	
Anomalies Congénitales		440.000	
Autres		205.000	

Source: Stoll, 1996

Comme il apparaît au Tableau 3.8, le taux de létalité est vraiment élevé pour le tétanos, ce qui signifie que, de tous les cas identifiés, 85 pour cent sont morts des suites du tétanos. Même si les cas de septicémie néonatale sont plus nombreux que ceux du tétanos, mortalité ne semble pas aussi élevée. Il y a eu 40 pourcent de décès pour l'ensemble des cas de septicémie identifiés. Le plus grand nombre de cas ou de décès est dû aux infections respiratoires aiguës (IRA) ou pneumonies. Toutefois, leur taux de létalité (40%) n'est pas aussi élevé que celui du tétanos.

Par conséquent, alors qu'il est plus probable que le nouveau-né acquièrera une pneumonie, ses chances de survie sont meilleures. Si un nouveau-né attrape le tétanos, sa probabilité de mourir est beaucoup plus grande. Bien qu'il soit utile d'analyser les données de cette manière, nous devons nous souvenir que ces taux sont sans doute largement sous-estimés car la majorité des décès de nouveaux-nés surviennent à domicile et ne sont jamais signalés.

Quand des services de qualité ne sont pas disponibles à tout moment, le nouveau-né court des risques de développer des complications. En outre, il arrive souvent, en cas de problème, que le personnel de santé ne soit pas préparé à y faire face. En Inde, au Pakistan, en Malaisie et en Thaïlande, le taux de létalité, pour des enfants admis à l'hôpital pour une septicémie néonatale, varie de 27 à 69 pourcent, ce qui est très élevé. (REMARQUE: le taux de létalité normal est de 1%). Ce qui veut dire qu'environ entre le tiers et la moitié des nouveaux-nés admis dans ces institutions décèdent. Ces taux élevés indiquent qu'une formation en matière d'identification et de prise en charge rapide et adéquate des cas pourrait permettre de réaliser des progrès importants⁽¹²⁾.

Il y a 500.000 cas de tétanos néonataux chaque année, et essentiellement dans 12 pays:

- | | |
|----------------------|--------------------|
| le Bangladesh | la Chine |
| l'Éthiopie | le Ghana |
| l'Inde | l'Indonésie |
| le Népal | le Nigéria |
| le Pakistan | la Somalie |
| le Sudan | le Zaïre |

Source: Stolls, 1996

Selon des études, il y a 4 à 10 fois plus de risques de transmission du VIH, en présence d'une syphilis, d'un chancre mou et d'un herpès, et 2 à 4 fois plus de risques en présence d'une blennorragie et d'un chlamydia⁽¹⁵⁾. La syphilis maternelle a des effets dévastateurs sur le nouveau-né, comme le montre le Tableau 3.9.

TABLEAU 3.9
CONSEQUENCES DE LA SYPHILIS SUR LES NOUVEAUX-NÉS

<p>Pour 40.000 femmes enceintes ayant un taux de séroprévalence de syphilis de 5 pour cent, les effets sur les nouveaux-nés sont:</p> <p>2.000 femmes enceintes seraient infectées par la syphilis</p> <p style="text-align: center;">AVEC POUR CONSEQUENCES</p> <p>→ 400 avortements spontanés</p> <p>→ 600 mort-nés</p> <p style="padding-left: 20px;">→ 500 syphilis congénitales</p> <p style="padding-left: 40px;">→ 250 bébés prématurés</p> <p style="padding-left: 60px;">→ 250 bébés bien portants</p>

Source: Van Dam, 1996

Le nouveau-né peut être infecté avec VIH pendant la grossesse ou à l'accouchement (20%) et 14 pourcent en plus peuvent être infectés lors de l'allaitement. (Voir Chapitre 5 Pour plus de discussions). Il s'avère que les femmes VIH positives avec des déficiences en vitamine A sont plus susceptibles à transmettre le VIH à leurs enfants (MTCT)⁽²²⁾.

B. Le Faible Poids à la Naissance (FPN)

Chaque année, 22 millions des bébés naissent avec un faible poids et sont répartis en deux catégories: les prématurés (nés avant 37 semaines) et ceux qui ont un retard de croissance intra-utérin (RCIU). Ces derniers sont des bébés nés à terme mais qui sont petits pour leur âge de gestation (PAG). La plupart des bébés de faible poids des pays en voie de développement sont la conséquence d'un RCIU causé par un mauvais état nutritionnel des femmes, une anémie, un paludisme ou une maladie sexuellement transmissible (MST), soit avant la conception ou pendant la grossesse. Le poids à la naissance est essentiel pour la survie du nourrisson. Selon des études, le taux de mortalité des bébés normaux dans les pays développés est de 2/1.000 tandis que celui des bébés de faible poids est de 86/1.000. Si les bébés de faible poids survivent, leur taux de morbidité est plus élevé, ce qui peut entraîner la mort ou un retard dans le développement neurologique (mauvaise vision faible, résultats scolaires faibles)⁽⁹⁾.

Dans le monde entier, des 10 millions de femmes estimées atteintes de VIH/SIDA tous les ans, deux millions de femmes deviennent enceintes - la majorité de ces femmes ne sont pas au courant de leur statut VIH. La grossesse peut aggraver l'infection, épuiser la force et l'énergie, réduire leur système immunitaire et rendre des femmes plus susceptibles à l'anémie et aux infections multiples.

Chaque année, VIH/SIDA est transmis (TME) à approximativement un demi-million d'enfants en bas âge - 1400 chaque jour - dans le monde en voie de développement par les femmes infectées par VIH. 67 pourcent de ces enfants en bas âge naissent en Afrique et 30 pourcent en Asie de l'Est et en Inde. On s'attend à ce que le TMI et le taux de létalité doublent ou triplent dans certains pays en Afrique de l'est et méridionale (Zimbabwe, Botswana, Zambie, et Malawi) due à la transmission mère-enfant d'ici à l'année 2010⁽⁹⁸⁾.

V. CONCLUSIONS

Ce Chapitre s'efforce de décrire les nombreux facteurs qui affectent la mortalité maternelle et néonatale, la morbidité durant la grossesse, et la période d'accouchement et du post-partum. Dans la période prénatale, cela englobe la compréhension des croyances et des coutumes traditionnelles locales, nutrition adéquate, promotion de la planification de l'accouchement, une revue des procédures prénatales et leur efficacité. Les facteurs qui jouent un rôle dans la parturition incluant les pratiques d'accouchement, le rapport des accouchements pratiqués à domicile et dans des centres de santé, le type de personnel qui assiste à l'accouchement, et les retards dans la reconnaissance des problèmes, prise de décision, obtention et réception des services. La période post-partum a deux éléments majeurs: soins post-partum et soins post-avortement.

Le Chapitre 3 essaye aussi d'examiner les principaux facteurs qui affectent les résultats des nouveaux-nés, principalement les infections et les faibles poids à la naissance.

En résumé, il est évident qu'il y a une multitude de facteurs qui influencent la mortalité maternelle et néonatale et la morbidité.

CONCEPTION, SUIVI ET EVALUATION DE PROGRAMME

I.	CONTEXTE	4.1
II.	EVALUATION DE LA SITUATION DE LA SANTÉ MATERNELLE	4.5
	A. Évaluation de la situation	4.5
	B. Rassemblement de données	4.8
	C. Analyse des données	4.13
III.	CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRE DE CONCEPTION DE PROGRAMME	4.17
	A. Cadre disposant de très peu de ressources pour la santé maternelle	4.18
	B. Cadre disposant de peu de ressources pour la santé maternelle	4.21
	C. Cadre disposant de ressources moyennes de ressources pour la santé maternelle	4.22
	D. Cadre disposant d'importantes ressources pour la santé maternelle	4.25
	E. Cadre disposant de très grandes ressources de ressources pour la santé maternelle	4.25
IV.	SUIVI	4.29
V.	EVALUATION	4.36
VI.	CONCLUSION	4.36

I. CONTEXTE

Il y a moins d'un siècle, la profession médicale ne pouvait pas faire grand chose pour prévenir ou traiter les complications liées à la grossesse. En jetant un regard rétrospectif sur l'Angleterre des années 30, on trouve des ratios de mortalité maternelle aussi élevés que ceux des pays en voie de développement aujourd'hui.

De nombreux pays ont des politiques de maternité sans risque, mais celles-ci ne sont peut être pas complètes, ou totalement appliquées. Ces politiques comprennent vraisemblablement l'âge du mariage, la possibilité de l'interruption médicale de la grossesse, l'accès aux services de planification familiale, les lois sur le divorce et l'héritage, la scolarisation des filles et l'excision des femmes. Dans le passé, la plupart des programmes de Santé Maternelle et Infantile (SMI) étaient plus focalisés sur la santé de l'enfant que sur la composante mère. Le Tableau 4.1 montre la différence entre l'approche traditionnelle de la SMI et la nouvelle approche de la Maternité Sans Risque, qui met l'accent sur la santé de la mère et celle de l'enfant.

TABLEAU 4.1
DIFFÉRENCE ENTRE LES APPROCHES EN MATIÈRE DE LA SANTÉ MATERNELLE

L'ANCIENNE APPROCHE	LA NOUVELLE MATERNITÉ SANS RISQUE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ A négligé le "M" dans la SMI. ✓ Un plus grand accent sur la santé de l'enfant. ✓ Une vision étroite de la santé maternelle ✓ Considérait la santé maternelle comme les soins prénatals, l'accouchement, la formation de matrones et la PF. ✓ Basée sur la technique, améliorant surtout les pratiques des prestataires de soins. ✓ La SMI fait partie des soins préventifs. ✓ La SMI est souvent séparée de la PF. ✓ Mécanismes de référence mal définis notamment les urgences obstétricales ✓ Le contexte social de la santé maternelle est négligé. ✓ Pas suffisamment de sages-femmes/ superviseurs. ✓ Longue liste de facteurs de risque et d'indicateurs (approche dite "à risque"). ✓ Tendance à attendre que les mères/ femmes viennent aux services de santé. ✓ Problèmes d'avortement négligés. ✓ Morbidité maternelle négligée. ✓ Utilisation d'une approche didactique allant "du sommet vers la base". 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un point de vue/ pratiques plus équilibrés pour la santé maternelle et infantile. ✓ Une vision plus élargie de la santé maternelle. ✓ Met l'accent sur la "santé de la reproduction" qui englobe la période intrapartum, postpartum et post-avortement et les MST. ✓ L'aspect technique est également lié à l'éducation/implication des femmes. ✓ Santé maternelle mieux liée aux soins obstétricaux dans les hôpitaux; PF considérée comme faisant partie intégrante des services de soins maternels. ✓ Mise en place de mécanismes de référence peu coûteux. ✓ Accent sur le contexte social (pauvreté). ✓ Former plus de sages-femmes pour en faire des praticiens et des superviseurs. ✓ Dresser une liste des facteurs de risque pouvant être pris en charge (approche dite "des signes de danger"). ✓ Reconnaît le fait que l'avortement à risques cause la mortalité/morbidité maternelles. ✓ Approches participatives permettant de valoriser le personnel soignant, les mères et les communautés.

Source: Feuerstein, 1996

Les programmes qui sont à "l'écoute des femmes", en recueillant leurs opinions et leurs préférences avant la conception des interventions des services, se sont avérés plus efficaces. Il y a souvent un manque de compréhension des réalités quotidiennes auxquelles les femmes doivent faire face. Il y a un énorme fossé entre les perceptions occidentales en matière de santé et les croyances traditionnelles des femmes.



Source: Feuerstein, 1993

Nous devons comprendre que les décisions médicales que prennent les individus ont souvent des fondements non médicaux. Les gens ne pensent pas en termes de ce qui est médicalement bon, mais en termes de ce qui est culturellement approprié. La communauté médicale doit comprendre que leurs services sont en concurrence avec des services de santé alternatifs. Il est essentiel de comprendre et d'élaborer des programmes qui reflètent les réalités exprimées par les femmes afin de s'assurer qu'elles auront recours à ces services.

L'amélioration de l'accès aux services de santé maternelle ne doit pas être nécessairement coûteuse. Le réseau de PMM (réseau prévention de la mortalité maternelle) a trouvé que la plupart des interventions étaient très peu coûteuses, par exemple aménager une prise pour que le générateur puisse fonctionner. La plupart des projets réalisés par le PMM étaient cofinancés par le gouvernement US et les coûts, y compris les petites rénovations et l'équipement, s'élevaient à moins de 25.000 \$ US⁽⁴⁵⁾.

Aujourd'hui, le nombre continu de victimes concernant la santé maternelle est bien plus inacceptable parce que des méthodes rentables et efficaces pour empêcher l'accroissement de ce nombre, sont connues et employées à travers le monde industrialisé. Un investissement de \$3 US par personne par an peut empêcher une grande majorité des décès maternels, la moitié de tous les décès infantiles, et souvent l'invalidité à vie qui affecte des millions de femmes dans les pays en voie de développement^(6,7). Ce montant de \$3 inclut le coût pour les soins prénatals de base la nutrition, l'aide à l'accouchement avec un prestataire qualifié, les soins néonataux, la promotion de la planification familiale pendant la période postnatale, et les soins spéciaux pour les complications⁽⁹⁸⁾. L'OMS a développé un outil pour estimer le coût de mise en application du programme Mère-bébé.

Une approche équilibrée consistant à réduire la distance entre les femmes et les services de santé nécessite deux stratégies complémentaires: rapprocher les soins des femmes et rapprocher les femmes des soins^(8, 13). L'expérience a montré qu'il faut trouver un équilibre entre l'amélioration des services et la mobilisation de la communauté. Si l'un se fait sans l'autre, ou si la période des activités n'est pas approprié, les efforts seront voués à l'échec. Il est très important que les interventions des programmes s'attaquent aux aspects les plus importants de ces problèmes.

Une approche équilibrée consistant à réduire la distance entre les femmes et les services de santé nécessite deux stratégies complémentaires: rapprocher les soins des femmes et rapprocher les femmes des soins.

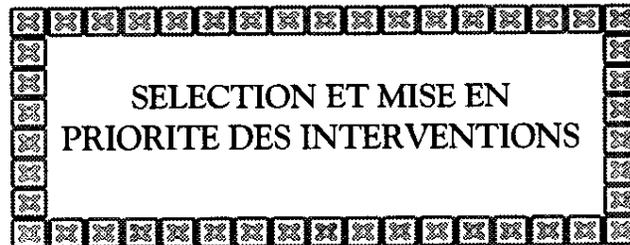
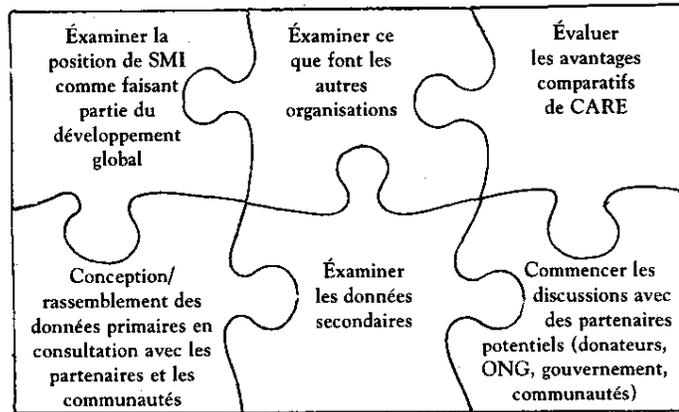
LES DÉFIS POUR LA PROCHAINE DECENNIE

- **Améliorer la participation des femmes dans les prises de décision**, y compris la planification des naissances, et l'accès aux services de soins de santé et le contrôle des ressources.
- **Responsabiliser les femmes et leurs familles à adopter des comportements sains**: planification des naissances et de leurs complications, y compris reconnaître les signes de danger, savoir l'emplacement des services appropriés de santé qui offrent des services obstétricaux, savoir comment arriver à la formation sanitaire et avoir les ressources pour payer pour les services..
- **Encourager les hommes à appuyer/promouvoir l'accès aux femmes des services de services santé de la santé reproductive.**
- Continuer à encourager la planification familiale et les programmes de santé maternelle **et étendre les petits projets pilotes au niveau national**.
- Oeuvrer afin de s'assurer que toutes les **principales connexions nécessaires à un système de référence efficace** sont en place, y compris des systèmes de transport adéquats et des ressources pour payer les prestations et les services obstétricaux.
- Diffuser des messages spécifiques en vue de **promouvoir et encourager un changement** de comportement, de manière culturellement acceptable. Les messages devraient habiliter les femmes et leurs familles afin qu'elles exigent que les services soient disponibles et reflètent les besoins de la communauté.
- **Assurer l'accès à des services obstétricaux "conviviaux" 24 heures sur 24**, disposant d'un stock de médicaments suffisant, de matériel et d'un personnel qualifié capable de fournir des services de qualité, respectueux des femmes et de leur culture.
- Travailler pour assurer que les services peuvent satisfaire les besoins des **adolescentes** et des femmes qui souffrent de mauvais traitements, de violence, et des complications dues à des avortements à risque.
- Définir de **meilleurs indicateurs** et des systèmes de mesure pour documenter les progrès réalisés en matière de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, et de la mortalité néonatale.
- Soutenir le gouvernement et renforcer l'appui aux politiques; et accroître les ressources allouées aux programmes de santé maternelle.

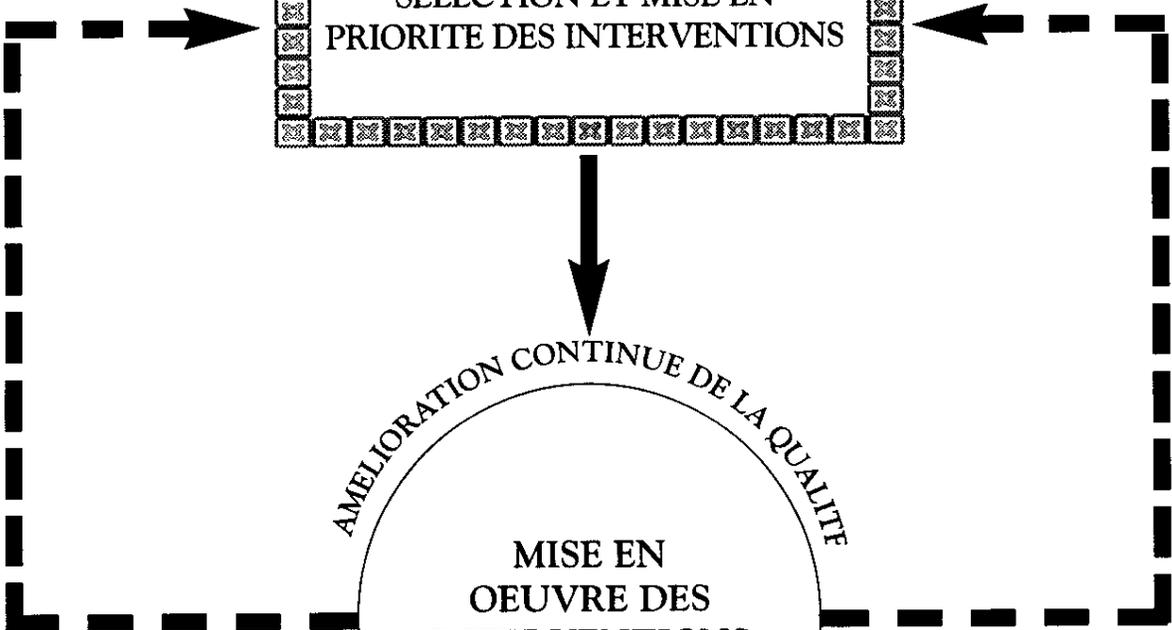
Les défis pour la prochaine décennie sont divers et complexes. Afin d'assurer que les programmes de santé maternelle soient efficaces, pouvant avoir un impact, – réduction de la mortalité et morbidité maternelles et néonatales – une approche stratégique et compréhensive est nécessaire. Dans beaucoup de situations, nous n'avons pas été assez systématique dans notre rassemblement de données ou dans l'analyses. En plus souvent, nous ne sélectionnons pas nos interventions en nous basant sur notre évaluation analytique. Ainsi les sections suivantes décrivent les approches qui peuvent être utilisées pour le rassemblement de données, l'analyse et la sélection des interventions efficaces avec une compréhension explicite que les étapes doivent être créés à travers un processus itératif, comme il est représenté dans la figure 4.1.

FIGURE 4.1
PROGRAMMATION DE CADRE DE TRAVAIL

RASSEMBLEMENT DES DONNEES



CHAPITRE 4



II. EVALUATION DE LA SITUATION DE LA SANTÉ MATERNELLE

Lors de l'élaboration d'un programme de santé, il faut examiner l'ampleur et les causes de la mortalité maternelle, le niveau des infrastructures, l'accessibilité et l'utilisation des services de santé, et les autres efforts permettant de faire face à ce problème. Il faudrait, par ailleurs, procéder à une analyse situationnelle pour comprendre les rôles joués par le gouvernement, les prestataires de service privés et les ONG de la région, et rechercher les donateurs qui favorisent des partenariats efficaces. Ce chapitre décrit des moyens de récolter des données sur la santé maternelle incluant des questions pouvant servir à l'évaluation situationnelle de la santé maternelle dans un contexte donné.

A. *Évaluation de de la situation*

Une évaluation situationnelle, une révision extensive du cadre situationnel, peut être faite soit en taut qu'élément lors de la phase de récolte des données ou elle peut être faite initialement pour obtenir une première idée de la situation puis sera alors répétée d'une façon plus approfondie lors de la phase de récolte de données. Ceci dépendra légèrement de la compréhension de la situation et des données secondaires disponibles. Par exemple, il était facile pour CARE au Bangladesh de faire une première évaluation situationnelle parce que nous avions des antécédents professionnels au Bangladesh et parce qu'il y avait des données suffisantes. Indépendamment de quand vous décidez de faire l'évaluation, elle est importante et peut donner un aperçu valable de là où votre organisation peut être la plus efficace.

La première étape de l'évaluation est de comprendre les points forts et les faiblesses de votre organisation.

CARE est engagé dans un effort extensif pour réduire la pauvreté à travers des programmes d'agriculture, de gestion de ressource naturelle, de génération de revenus, d'éducation, de santé et de secours d'urgence. Ces efforts divers sont unis par le Cadre de la Sécurité de la Vie du Foyer, qui est le modé le d'organisation pour la programmation de CARE. Cette approche holistique aide CARE à rassembler des programmes au niveau du foyer pour surmonter la pauvreté.

Un point fondamental pour la programmation actuelle et future pour la santé de CARE est la base fournie par le Cadre de Sécurité de la Santé, qui est définie comme suit:

La sécurité de la santé est réalisée quand les foyers identifient, previennent et contrôlent les risques affectant la santé de leurs membres par des comportements sains, des communautés fortes, des formations sanitaires capables, des technologies optimales pour la santé et des politiques publiques appropriées.

La deuxième étape de l'évaluation est la compréhension des composants essentiels nécessaires pour une programmation efficace.

La sécurité de la santé est un cadre utile lorsque on regarde quels sont les composants essentiels nécessaires pour assurer de bons programmes de santé maternelle et néonatale. En termes de santé maternelle et néonatale, ceci signifie l'évaluation du risque pour la santé des mères et des nouveaux-nés utilisant des méthodes qualitatives et quantitatives. Ces données doivent être révisées en tenant compte des composants suivants, que nous croyons être essentiels pour adresser les problèmes complexes des décès maternels et néonataux.

- **Interventions optimales pour la santé:** L'expérience et la recherche nous indiquent ce que sont les interventions optimales pour la santé, qui peuvent être préventives ou curatives, pour chaque cause principale de mortalité/morbidité. Par exemple, il y a eu des progrès importants dans notre compréhension du rôle des soins obstétriques d'urgence dans la santé maternelle. Là où les moyens techniques existent, la tâche est de promouvoir l'utilisation optimale de ces technologies. CARE concentre beaucoup de son effort sur l'apport de technologies simples et efficaces. Cependant, les solutions techniques claires ne sont pas toujours évidentes, CARE alors peut jouer un rôle utile dans l'essai de solutions alternatives.
- **Comportements sains dans le foyer:** Plusieurs risques rencontrés dans les foyers pauvres peuvent être réduits à bas prix par un changement de comportement au niveau de l'individu et du foyer. Les résultats de la santé maternelle ont pu être améliorés spectaculairement par la plus grande utilisation de la planification familiale, et par la préparation pour la possibilité de complications pendant la naissance.
- **Intensification de l'approche communautaire:** Les approches conventionnelles pour améliorer l'état de santé se sont concentrées en grande partie sur le côté de l'offre (par exemple, augmentant la capacité des prestataires de la santé de fournir des services). L'intensification de l'approche communautaire peut jouer un rôle principal pour changer les comportements et augmenter la demande. D'importance particulière est le renforcement de l'influence des organisations pour la santé de la communauté contrôlée par les femmes et concentrés sur les priorités pour la santé des femmes.
- **Capacité institutionnelle:** La gestion des risques de la santé exige également que les établissements de santé aient la capacité requise. Le terme "institutions" doit être largement compris, couvrant la gamme des prestataires de services de santé, y compris les prestataires publics, privés à but non lucratif, traditionnels et à profit. Les institutions capables possèdent les qualifications suivantes: faciliter l'accès aux services et aux formations sanitaires requises pour adresser les principaux risques de la santé; assurer la qualité des services comprenant la compétence technique des prestataires, l'assistance du client, le respect de la dignité et la confidentialité du client, le suivi du client et le cadre physique pour prodiguer les soins; systèmes de gestion efficaces tels que la planification, la gestion des ressources humaines, le suivi et l'évaluation, l'approvisionnement en médicaments et en produits, la gestion de l'équipement et des installations, et la gestion financière.

→ **Politiques appropriées de santé publique:** Les politiques de santé publiques peuvent ou ne peuvent pas soutenir l'application des technologies appropriées pour la santé et/ou la promotion des comportements appropriés pour la santé relatifs aux plus grands risques pour la santé. Là où la politique locale gêne l'application des technologies, des systèmes et des comportements appropriés, le dialogue parmi les parties intéressées devrait être stimulé pour aider à changer les politiques publiques vers l'appui des technologies et des comportements optimaux et durables.

La troisième étape est le fait de savoir ce que d'autres organismes font dans le contexte local.

Comme indiqué précédemment, une seule et unique organisation ne peut adéquatement adresser les problèmes des décès maternels et néonataux. Ainsi, l'association est la principale clé pour traiter ce problème complexe. Un exercice de planification, géographique et technique, peut être très utile pour déterminer les lacunes et pour identifier les associés potentiels pour des alliances stratégiques. L'exercice de planification technique, peut être faite en révisant la situation actuelle, en entreprenant une analyse "SWOT", en se renseignant sur ce que d'autres organismes font et en comprenant les priorités des donateurs.

EXEMPLE D'EVALUATION SITUATIONELLE

Après une révision et une analyse des données au Bangladesh, un exercice de planification technique CARE/BANGLADESH a trouvé que:

1. USAID a un projet de \$300 millions pour la planification familiale.
2. SIDA a un grand projet pour le soin d'avortement et de post-avortement.
3. L'UNICEF travaille dans 11 districts, à l'hôpital de district et dans quelques centres de santé Thana pour améliorer les services des soins obstétriques essentiels.
4. ICDDR,B a fait quelques petits projets pilotes réussis mais il n'ont pas encore été reproduits à une plus grande échelle.
5. Le gouvernement du Bangladesh est d'un grand soutien pour toutes les initiatives.
6. Plusieurs donateurs, tels que ACDI sont intéressés au support des interventions au niveau communautaire.
7. Peu d'organisations travaillent au niveau de la communauté pour mobiliser l'utilisation des services.

Résultant de ce processus, nous avons développé le programme représenté sur le schéma 4.3.

B. Rassemblement des Données

Puisque les décès maternels et néonataux ne sont pas seulement un problème médical il est important de rassembler des données de beaucoup de différentes perspectives pour pouvoir identifier les barrières aux services de la santé maternelle (voir le schéma 4,1). Tandis que les données quantitatives peuvent être utiles en identifiant l'importance du problème, elles sont moins efficaces dans la capture des attitudes et des pratiques. Par conséquent, il est nécessaire de rassembler des données qualitatives et quantitatives pour comprendre entièrement la situation et pour choisir les interventions les plus efficaces pour ce contexte. Des données quantitatives et qualitatives peuvent être rassemblées dans la communauté aussi bien que dans les formations sanitaires. **Puisque la majorité des femmes et des nouveaux-nés meurent à la maison, il est essentiel de rassembler les données de la communauté.** Les études faites au niveau des hôpitaux sous-estiment de manière significative le problème et ne peuvent pas capturer plusieurs des barrières aux soins qui se produisent en dehors de la formation sanitaire.

Rassemblement des données quantitatives: Celles-ci peuvent être des données primaires ou secondaires. Elles incluent habituellement des indicateurs bruts de l'état de santé (par exemple, RMM, TMI, TGF, TPC, taux de couventure) et une réflexion sur la disponibilité et l'accessibilité des formations sanitaires, (par exemple, équipement disponible, nombre de formations par rapport à la population, utilisation des services).

Les outils de récolte des données quantitatives dans les formations sanitaires peuvent inclure; révision structurée des dossiers, interviews structurés avec des clients, et évaluations des formations sanitaires. Les instruments à employer au niveau des communautés se composent habituellement d'enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les Pratiques (CAP) ou de certaines de leurs adaptations. Il y a beaucoup de enquêtes disponibles (par exemple, module de DHS sur la mortalité maternelle, l'évaluation de la OMS des formations sanitaires, l'évaluation d'ACNM) qui ont été testés et peuvent être adaptés. Ces outils se caractérisent par des questions fermées.

Rassemblement de données qualitatives: Dans beaucoup de pays il y a moins de données qualitatives disponibles, ainsi les données secondaires sont moins souvent une option. Tandis que les données quantitatives vous donnent une idée générale de l'importance du problème, les données qualitatives aident à comprendre le "pourquoi". L'information "qualitative" peut inclure:

- ◆ croyances et pratiques en matière d'accouchement;
- ◆ perception par les femmes des formations sanitaires et du personnel de la santé;
- ◆ raisons pour lesquelles les femmes ne veulent pas aller aux formations sanitaires;
- ◆ processus décisionnels; et
- ◆ systèmes de croyance médicale .

Les instruments pour rassembler des données qualitatives englobant des groupes focalisés, des approches participatoires (par exemple, ERP, EPA), et des autopsies verbales.

Les groupes focalisés, groupes de discussion guidés, peuvent fournir des informations plus approfondies dans beaucoup de domaines, en particulier en ce qui concerne les croyances, les perceptions et les issues qui affectent la qualité des soins. Elles sont utiles pour explorer les tendances décelées avec les données quantitatives pour mieux comprendre les raisons qui se cachent derrière ces tendances.

Les approches participatoires, telles que les évaluations rurales participatoires (ERP) ou l'étude participatoire dans l'action (EPA), sont d'autres alternatives pour rassembler des données qualitatives pour obtenir une meilleure image du "pourquoi" des problèmes qui peuvent être identifiés. Ces méthodologies sont concernées par la transformation des activités existantes pour essayer d'améliorer la condition des gens. Ces approches font davantage participer la communauté que des discussions de groupe focalisés, par l'analyse de groupe de la communauté et l'interaction. Par conséquent, ces approches peuvent habituellement rassembler des données plus riches. Typiquement, il y a participation de plusieurs parties de la communauté (par exemple, hommes, femmes, aînés, prestataires) pour rassembler une diversité d'information. Puisque les données sont rassemblées de plusieurs sources, il est important de mettre ces données en relation (croisement des données qui ont été récoltées de différentes manières avec différents outils) pour assurer leur validité. Une variété d'outils (par exemple, faire le plan du village, le cycle reproductif de la vie) peut être employé pour aider la communauté à décrire leur situation et leur croyance. Le but de ces approches est d'augmenter la compréhension de tous les participants.

Des autopsies verbales peuvent être faites dans les formations sanitaires, parfois appelées les révisions de cas, et la communauté. Elles permettent à plus de données d'être rassemblées pour comprendre pourquoi cette femme ou ce nouveau-né sont morts. Dans beaucoup de pays la majorité des décès maternels et des nouveaux-nés se produisent à la maison, ainsi ce type d'approche, qui examine quel rôle les retards dans l'identification du problème, dans la décision de chercher du secours et de trouver un moyen de transport ont contribué à la mort, est important. Si l'autopsie verbale est seulement faite à l'hôpital, ce type d'information sera probablement négligé.

QUESTIONS À UTILISER LORS DE L'ÉVALUATION DE LA SITUATION DE LA SANTÉ MATERNELLE

(Source: Campbell, et al. Off to a Rapid Start International Journal of Ob/Gyn Vol 48)

SITUATION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE

Quels sont les aspects de la situation économique et sociale qui ont un effet négatif sur la maternité sans risque? Quelles sont les conséquences économiques et sociales de la maladie ou de la mort d'une mère? Qu'advient-il de ses enfants?

POPULATION ET NATALITÉ

Quelle est la population à risque? Est-ce que la situation concernant la natalité contribue à une maternité à risque? Qu'est-ce qui est en train d'être fait pour réduire la fécondité et prévenir les grossesses non désirées?

POLITIQUE DE SANTÉ

Quel est le niveau actuel d'engagement en matière de Maternité sans risque? Quelles sont les ressources disponibles pour réduire la mortalité maternelle et les morbidités correspondantes? Que faut-il pour disposer d'un système fonctionnel d'évacuation des patients? Quelles sont les ressources disponibles pour transmettre aux femmes et à leur famille les informations sur la santé maternelle? Quelles sont les lois, les politiques du secteur de la santé et les coutumes qui affectent la santé maternelle (avortement, délégation des responsabilités, l'âge du mariage et mobilité de la femme)?

MORTALITÉ ET MORBIDITÉ MATERNELLES

Quel est le niveau de la mortalité maternelle? Quelles sont les causes principales de la mortalité maternelle? Y a-t-il des causes indirectes? En l'absence d'indicateurs de mortalité maternelle, comment pourrait-on les obtenir? Quels sont les taux d'enregistrement des naissances et leur fiabilité? Quel est le nombre de décès de femmes dans la tranche d'âge de 15-49 ans? Quel est le nombre de décès maternels? Quel pourcentage de naissances est enregistré? Quel pourcentage de naissances a lieu dans des hôpitaux? Quelles sont les causes principales de la morbidité maternelle? Quel est le niveau de malnutrition maternelle? Quels sont les autres indicateurs possibles de la santé maternelle?

MORTALITÉ PÉRINATALE/NÉONATALE

Quel est le niveau de la mortalité néonatale? Quelles sont les causes principales de la mortalité néonatale? Combien d'enfants mort-nés y a-t-il par année? Y a-t-il des causes indirectes? En l'absence d'indicateurs de mortalité néonatale, comment pourrait-on les obtenir?



CHAPITRE 4

**QUESTIONS À UTILISER LORS DE L'ÉVALUATION
DE LA SITUATION DE LA SANTÉ MATERNELLE (cont.)**

(Source: Campbell, et al. Off to a Rapid Start International Journal of Ob/Gyn Vol 48)

**COUVERTURE COMMUNAUTAIRE,
PROMOTION ET ÉDUCATION**

Quelles sont les perceptions, croyances et pratiques qui affectent l'état sanitaire et l'utilisation des services? De quels canaux de communication dispose-t-on pour transmettre aux femmes et à leurs familles les messages relatifs à la santé et aux soins maternels?

- Type de communauté (agricole, péri-urbaine?). Position géographique de la communauté, accès (distance) aux formations sanitaires, obstacles saisonniers tels que les inondations, les moyens de transport disponibles, l'opinion des chefs de villages sur les services de santé? Quels sont les problèmes de santé courants (malnutrition, anémie, paludisme, ankylostomiase, MST)?
- Quel est le rôle des femmes dans la communauté (Sont-elles instruites? Peuvent-elles se déplacer librement ou doivent-elles être accompagnées? Quel est leur moyen de subsistance? Combien d'enfants ont-elles?)
- Qui sont les décideurs au sein du ménage? De la communauté? Quelles sont les croyances et pratiques traditionnelles? Que pensent les femmes du système de soins de santé (soins prénatals, accouchement, soins du nouveau-né)? Les femmes utilisent-elles les services? Pourquoi? Pourquoi pas? Lesquels?
- Qui sont les prestataires de soins de santé dans la communauté? Les matrones, les médecins de village, les prestataires privés? Y a-t-il eu des décès de femmes? Est-ce que les prestataires les dirigent vers les centres de santé? Pourquoi?
- Où ont lieu les accouchements? (Au domicile du mari? De la mère? Dans une étable?) Qui assiste les femmes? Est-ce que ces personnes aident les femmes tout au long de l'accouchement ou seulement pour couper le cordon ombilical? Combien de temps cette personne reste-t-elle avec la femme? Qu'utilise-t-on pour couper le cordon? Quand l'allaitement commence-t-il?
- Quelles sont les pratiques utilisées en cas de complication? Qui prend la décision de rechercher des soins? Quels sont les principaux obstacles qui empêchent d'accéder aux soins et d'en recevoir⁽⁵⁰⁾?

**QUESTIONS À UTILISER LORS DE L'ÉVALUATION
DE LA SITUATION DE LA SANTÉ MATERNELLE (cont.)**

(Source: Campbell, et al. Off to a Rapid Start International Journal of Ob/Gyn Vol 48)

**CARACTÉRISTIQUES DES ORGANISATIONS OFFRANT
DES SERVICES ET LEUR UTILISATION**

Qui aide la femme à accoucher et où accouche-t-elle? Qui peut prendre en charge les complications obstétricales, notamment les urgences, et ou peuvent-elles être prises en charge? Quels sont les liens officiels qui existent entre la sage-femme qui aide la femme à accoucher et les services qui prennent en charge les complications obstétricales? Quels sont les obstacles à l'utilisation de ces services?

- Type de formation sanitaire (zone de couverture et services)? Nombre d'accouchements actuels? Pourcentage de complications? Nombre estimé de complications liées à la grossesse?
- Relations entre la formation sanitaire et la communauté? Est-ce que les prestataires de soins connaissent les agents de santé du village? Comment sont-ils traités lorsqu'une femme est référée vers une institution?
- Y a-t-il du personnel suffisant pour assurer ces services? Est-il suffisamment formé pour prendre en charge les complications pouvant mettre la vie en danger? Est-il disponible pour assurer des services 24 heures sur 24? Y a-t-il suffisamment de médicaments adéquats y compris les antibiotiques, les ocytociques, les antispasmodiques), de matériel médical, de sang, de produits anesthésiques et d'équipement, pour assurer des services sur une base régulière?
- Les procédures administratives (telles que l'admission, la recherche du groupe sanguin) permettent-elles aux femmes de recevoir un traitement rapide? Le système d'enregistrement contient-il les femmes admises pour complication? Le dossier est-il envoyé avec la femme, lorsque celle-ci est dirigée vers un centre de santé? Quelle est la durée d'hospitalisation des femmes, qui ont des complications, dans les centres? Existe-t-il des mécanismes de suivi dans la communauté? Y a-t-il des visites de supervision régulières? Y a-t-il un mécanisme de suivi des cas avec le personnel⁽⁵⁰⁾?

C. *Analyse des Données*

Une fois que les données sont récoltées, alors les questions sont: Comment les analysez-vous? Et que signifient-elles? Certaines interventions peuvent avoir un impact considérable, dans certains contextes. La Banque Mondiale a classé les pays en trois catégories générales et CARE a affiné ledit cadre en utilisant des indicateurs spécifiques pour classer ces pays, ou régions particulières, au sein d'un même pays^(6, 51, 52). Ces contextes peuvent se trouver soit au niveau national, soit dans une partie du pays disposant de conditions semblables (p. ex., région, état, district).

Le Tableau 4,2 essaye de fournir un cadre aux directeurs de programme pour les aider dans l'analyse de données secondaires provenant la plupart du temps des enquêtes nationales démographiques et de la santé. Nous croyons que ceci peut être utile pour filtrer et éliminer certaines données de façon à mieux analyser des données secondaires disponibles. Il peut aider les directeurs à identifier: 1) s' il y a un problème de santé maternelle; 2) l'importance du problème; 3) zones principales de faiblesse; et 4) où plus de données devraient être récoltées pour mieux comprendre le problème et pour concevoir des interventions efficaces. Cet outil est plutôt fait pour identifier des problèmes liés à l'accès aux services de santé maternelle. Ceci est dû au fait que beaucoup des aspects de la qualité de soin sont difficiles à mesurer par des méthodes quantitatives.

Nous nous rendons compte que beaucoup de pays peuvent ne pas avoir toutes ces données. D'autres indicateurs peuvent être remplacés pour approximer les indicateurs présentés dans le tableau 4,2. Par exemple, dans beaucoup de pays il peut être difficile d'obtenir la prévalence de syphilis parmi les femmes enceintes, mais la prévalence des MST peut être employée comme approximation.

CHAPITRE 4

TABLEAU 4.2
OUTILS D'ÉVALUATION DES RISQUES POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET NEONATALE

PROBLÈME BESOIN	DONNÉE	CADRE TRÈS PAUVRE	CADRE PAUVRE	CADRE MODÉRÉ	CADRE ÉLEVÉ	CADRE TRÈS ÉLEVÉ
	Situation					
Politiques inadéquates/ n'aidant pas	Politique de santé	Politique de SM approuvées l'année passée	Politique de SM approuvée dans les deux dernières années	Politique de SM approuvée dans les trois dernières années	Politique de SM approuvée dans les quatre dernières années	Politique de SM approuvée dans les cinq dernières années ou plus
Statut bas des Femmes Education Limitée	(% d'alphabétisation des femmes)	Moins 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Plus de 65%
Accès limitée aux ressources réduisant l'accès aux soins	Accès aux ressources	Pas d'accès aux ressources	Accès limité aux ressources	Certains accès aux ressources		Accès aux ressources
Participation limitée au processus de prise de décision inhibant la recherche et obtention des soins	Participation des femmes dans la prise de décision	Pas de prise de décision	Participation limitée à la prise de décision	Certaine participation à la prise de décision	Certaine prise de décision indépendante	Prise de décision indépendante
Mobilité limitée entravant l'accès aux soins	Mobilité	Isolé	Mobile avec membres masculins de la famille seulement	Mobile avec d'autres personnes	Mobile avec permission	Mobile seule
	Infrastructure					
Pauvre accès	Moyenne de distance/ temps au centre de la santé	Plus que 12 kms	11 - 8 km	7 - 5 km	4 - 2 km	Moins de 1 km
Pauvre accès	Docteurs pour une population de 10,000	1 - 5	6 - 15	16 - 30	31 - 45	Plus que 45
Pauvre accès	Nombre de formation sanitaires santé pour 500,000 qui pourvoit B-SOE/C-SOE	1 Aucun	2 1	3 1	4 1 - 2	5 ou plus Plus que 2
	Status de la Santé					
Pauvre accès aux services de SM de qualité	Taux de Mortalité Maternelle	Plus que 650	649 - 500	499 - 350	349 - 200	Moins de 200
Pauvre accès aux services de SM de qualité, soin de nouveau-né	Taux de Mortalité Infantile	Plus que 100	99 - 80	79 - 65	64 - 50	Moins de 50
Pauvre accès aux services de PF de qualité	Taux de Fertilité	Plus que 6	5.9 - 5.0	4.9 - 4.0	3.9 - 3.0	Moins de 3

Source: adapté de la Banque Mondiale, Tinker, 1993; Préparé par Susan Rae Ross, CARE RTA, Nov., 1998 = Maternité Sans Risque

Note: le tableau est encore une ébauche et continuera à être tester l'année prochaine.

**TABLEAU 4.2 (cont.)
OUTILS D'ÉVALUATION DES RISQUES POUR LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE**

PROBLÈME BESOIN	DONNÉE	CADRE TRÈS PAUVRE	CADRE PAUVRE	CADRE MODÉRÉ	CADRE ÉLEVÉ	CADRE TRÈS ÉLEVÉ
	Centre de Santé					
Pauvre accès aux services de SM	% de femmes qui ont assisté au moins à 3 visites de soins anténatals	Moins que 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Plus que 65%
Préférence, pauvre perception ou pauvre accès au SM	% d'accouchements à domicile	Moins que 60%	60% - 45%	44% - 30%	29% - 15%	Moins que 15%
Nombre inadéquat de personnel formé, déploiement et accès à des prestataires formés et compétents	% de femmes qui ont un prestataire compétent assistant à leur accouchement	Moins que 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Plus que 65%
Pauvre accès	% de tous les accouchements institutionnels	Moins que 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Plus que 65%
Croyances, accès aux services de SM de qualité	% de femmes avec des complications qui accouchent dans une formations sanitaires (ont eu des soins obstétricaux)	Moins que 3%	4% - 6%	7% - 10%	11% - 13%	Plus que 13%
Pauvre accès	% de femmes qui reçoivent une visite de post-partum dans les premières 24 heures	Moins que 20%	21% - 25%	36% - 50%	51% - 65%	Plus que 65%
Pauvre accès et distribution	% de femmes qui reçoivent PP Supplément de vitamine A	Moins que 20%	2% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Plus que 65%
Fausse information, pauvre accès aux services de PF de qualité	Taux de prévalence des contraceptifs des méthodes modernes	Moins que 10%	15% - 25%	26% - 35%	36% - 45%	Plus que 45%
Pauvre accès aux services de PF de qualité	Besoins non-satisfaits pour PF pour la limitation et l'espacement	Plus que 30%	30% - 25%	24% - 20%	19% - 15%	Moins que 15%
Nutrition inadéquate, pauvre accès aux services de la santé et aux systèmes de distribution	% de femmes enceintes anémiques	Plus que 60%	60% - 45%	44% - 30%	29% - 15%	Moins que 15%
Pauvre accès à l'identification et aux services de traitement	Prévalence de la syphilis parmi les femmes enceintes	Plus que 9%	Between 9% - 7%	Between 6% - 4%	Between 3% - 1%	Moins que 1%

Source: adapté de la Banque Mondiale, Tinker, 1993, Préparé par Susan Ras Ross, CARE RTA, Nov. 1998 = Maternité Sans Risque
Note: le tableau est encore une ébauche et continuera à être tester l'année prochaine

TABLEAU 4.2 (cont.)
OUTILS D'ÉVALUATION DES RISQUES POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET NEONATALE

PROBLÈME BESOIN	DONNÉE	CADRE TRÈS PAUVRE	CADRE PAUVRE	CADRE MODÉRÉ	CADRE ÉLEVÉ	CADRE TRÈS ÉLEVÉ
	Status de la Santé Néonatale					
Pauvre accès et distribution	% de l'ide couverture du VAT	Moins que 25%	26% - 40%	41% - 55%	56% - 70%	Plus que 70%
Pauvre accès aux services de qualité maternels et pour le nouveau-né	Mortalité néonatale comme proportion de TMI	Plus que 50%	49% - 40%	39% - 30%	29% - 20%	Moins que 20%
Pauvre nutrition maternelle	% de FPN	Plus que 40%	39% - 30%	29% - 20%	19% - 10%	Moins que 10%
	IE&C					
Pauvre niveau d'éducation, éducation sur la santé et conseil	% de femmes connaissant une possibilité de PF	Moins que 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 75%	Plus que 75%
Pauvre niveau d'éducation, éducation sur la santé, et conseil	% de couples avec des plans de naissance	Moins que 5%	6% - 15%	16% - 25%	26% - 40%	Plus que 40%
Pauvre niveau d'éducation, éducation sur la santé, et conseil	% de femmes connaissant les signes de danger	Moins que 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 75%	Plus que 75%
Pauvre niveau d'éducation, éducation sur la santé, et conseil	% de gardiens connaissant une chose pour les soins du nouveau-né	Moins que 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 75%	Plus que 75%

Source: adapté de la Banque Mondiale, Tinker, 1993; Préparé par Susan Rae Ross, CARE RTA, Nov., 1998 = Maternité Sans Risque
Note: le tableau est encore une ébauche et continuera à être tester l'année prochaine.

III. CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRE DE CONCEPTION DE PROGRAMME

Une fois que les données ont été rassemblées et analysées, alors les directeurs peuvent commencer le processus de conception de leurs programmes, y compris le choix des interventions, la formulation d'un plan de suivi et d'évaluation, et les stratégies d'exécutions.

L'évaluation des succès dans les pays de faible revenu tels que Sri Lanka, Kerala en Inde, la Malaisie, Cuba et la Chine, a prouvé que les interventions mises en application pour réduire la mortalité maternelle étaient:

- ◆ accès amélioré aux services et à la nutrition pour la santé de base avant, pendant et après l'accouchement (planification familiale y comprise);
- ◆ assistance à la naissance par les prestataires professionnels compétents (sages-femmes, infirmières, médecins);
- ◆ accès au soin obstétrique essentiel quand les complications surgissent; et
- ◆ politiques qui améliorent le statut social et économique des femmes et leur accès à la propriété et à d'autres ressources⁽⁹⁸⁾.

Dans ces pays, le nombre de la mortalité maternelle et la morbidité a été réduit par l'effet synergique des interventions combinées. En 1990, le RMM au Sri Lanka étaient de 30 pour 100.000 naissances, alors que la Côte d'Ivoire était de 830 pour 100.000 naissances, mais les deux pays avaient un produit national brut (PNB) d'environ \$700⁽⁹⁸⁾.

Nous présumons que comme les pays évoluent (par exemple, communications, infrastructure, capacité des formations sanitaires, éducation des femmes, mobilité des femmes, et état global de la santé) en parallèle des types d'interventions qu'ils peuvent mettre en application. Cette section essaye d'établir des liens entre les cadres pour la santé maternelle décrits dans le Tableau 4,2 et les interventions les plus efficaces. Le processus décrit ci-dessous vise à aider les directeurs de programme en donnant la priorité aux interventions principales qui peuvent être entreprises et l'identification des secteurs principaux où des alliances stratégiques sont exigées.

Note: Tandis que nous apprenons toujours, nous croyons que le niveau de l'infrastructure de santé et l'infrastructure générale, qui est également habituellement reflétée dans l'état de santé, influence les interventions et les programmes de la santé maternelle qui peuvent être entrepris. Bien que ceci ait été discuté dans la littérature, c'est toujours au niveau de l'hypothèse. Nous encourageons et soutenons fortement l'expérimentation et l'adaptation de cette approche.

Dans le présent document, nous faisons la promotion du concept des services obstétricaux essentiels, qui englobe: les soins prénatals complets, la prise en charge des complications et des soins du post-partum; contrairement aux soins obstétricaux d'urgence qui, en général, se réfèrent uniquement à la prise en charge adéquate des complications. En outre, dans le document, le terme "prestataire qualifié" se rapporte aux professionnels de la santé (médecins, infirmières, et sages-femmes) qui ont suivi une formation appropriée. Ce terme n'inclut pas les matrones, cependant, cela ne veut pas dire que les matrones ne peuvent pas jouer un rôle dans la promotion de la santé maternelle et du nouveau-né.

A. *Cadre disposant de très peu de ressources pour la santé maternelle:*

Dans les régions disposant de faibles ressources, la condition des femmes est très mauvaise, avec des taux d'analphabétisme élevés, une mobilité réduite, peu ou pas de participation au processus de prise de décision au sein du ménage ou d'accès aux ressources. Ces régions ont une fécondité élevée, avec des indices supérieurs à 6, un taux de prévalence des contraceptifs (moins de 10%), un nombre de décès maternels élevé (avec des RMM de 650 ou plus), moins de 20 pour cent des naissances sont assistées par une personne qualifiée.

Ces situations, dues à leur manque d'infrastructure pour la santé et d'infrastructure en général, de personnel qualifié, de systèmes fonctionnant pour la santé et de politiques de support pour la santé, ont besoin de se concentrer sur l'EXTENSION de l'ACCÈS à tous les services de santé, y compris la planification familiale, la santé maternelle et la santé des enfants. Ceci ne signifie pas que la qualité n'est pas importante, mais dans plusieurs de ces situations, les services ne sont pas disponibles à cause de la distance, du manque de personnel, de médicaments, et d'équipements. Les interventions principales sont la formation de base aux services de santé et aux premiers systèmes de gestion d'information et de logistique.

Certaines interventions ayant contribué à réduire les décès maternels et néonataux dans ces pays sont:

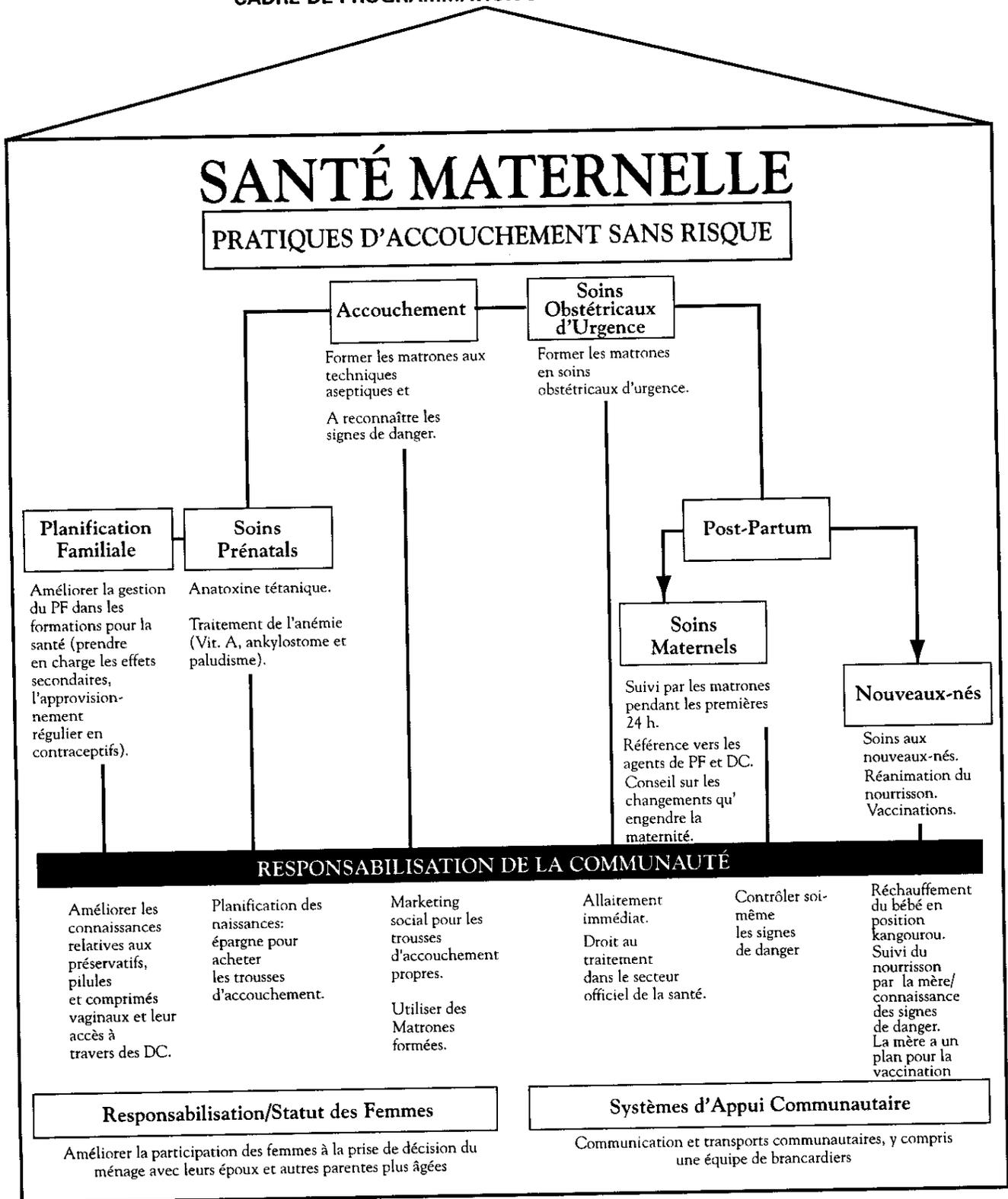
- ◆ améliorer l'accès aux soins prénatals, y compris des informations sur les complications, le traitement de l'anémie, et du le paludisme, la planification des naissances et l'accès aux vaccinations anti-tétanique;
- ◆ améliorer l'accès à des services de PF de qualité, y compris le conseil et le choix des méthodes, en particulier en stratégie avancée ou directement dans la communauté;
- ◆ soutenir les interventions relatives à la survie de l'enfant (l'allaitement, la vaccination, la gestion des infections pulmonaires aiguës et de la diarrhée) pour réduire la mortalité infantile et encourager l'espacement des naissances;

- ◆ former des matrones et des sages-femmes, particulièrement aux "six choses propres";
- ◆ encourager les soins essentiels aux nouveaux-nés;
- ◆ encourager l'utilisation de matériel (ou l'achat d'un bit de naissance propre) pour un accouchement propre; et
- ◆ fournir ou faciliter l'éducation à la santé et les stratégies de communication pour informer les femmes et leur famille sur l'ensemble des thèmes ci-dessus.

Le schéma 4,2 dépeint le programme pour la santé maternelle de CARE au Mozambique. Il a été développé après une évaluation situationnelle complète des besoins locaux et des points forts de CARE. Il est dessiné d'une manière linéaire pour refléter l'élan principal du programme.

Le centre d'intérêt primaire du projet est d'augmenter des pratiques sûres d'accouchement avec les AT en exercice. (note: les premiers soins obstétricaux d'urgence et les accouchements ont la priorité la plus élevée.) La deuxième priorité est d'augmenter l'accès aux services de la planification familiale (qui est complétée par un autre projet additionnel de CARE sur la reproduction dans le secteur), ainsi que renforcer les soins prénatals et les services de post-partum . Le fondement du projet est la mobilisation de la communauté, en particulier le renforcement du rôle des femmes, par les activités énumérées au-dessous du trait noir.

FIGURE 4.2
CADRE DE PROGRAMMATION DE CARE MOZAMBIQUE



B. *Cadre disposant de peu de ressources pour la santé maternelle*

Dans les secteurs où la situation de la santé maternelle est pauvre, le statut des femmes est bas, mais il a pu y avoir du progrès. Beaucoup de femmes sont toujours illettrées, avec une mobilité restreinte, le cas échéant, avec une participation limitée dans des processus décisionnels de foyer ou d'accès aux ressources. Ces secteurs ont des taux de fertilité élevés, entre cinq et six, une basse prévalence contraceptive (TPC: moins que 25%), décès maternels élevés avec RMMs de 550 à 650, et moins de 35 pour cent de naissances sont assistées par un prestataire formé.

Ces situations, dus à quelques améliorations dans l'infrastructure, ont besoin de se concentrer sur la **continuation de l'AUGMENTATION DE L'ACCÈS tout en commençant à adresser la QUALITÉ des SERVICES**. Les services de base qui ont été établis ont toujours besoin d'augmenter leur couverture tout en consolidant la qualité des services fournis. Les interventions peuvent inclure le renforcement des qualifications de conseiller, l'augmentation du nombre de personnel qualifié, et le renforcement de toutes les interventions précédemment indiquées dans le chapitre "cadre disposant de très peu de ressources pour la santé maternelle". Les interventions qui ont eu un impact significatif sur la réduction des décès maternels et néonataux dans ces situations incluent:

- ◆ augmenter l'accès au soins prénatals, y compris des informations sur les complications, si les services sont disponibles et la planification des naissances;
- ◆ augmenter l'accès aux services de planification familiale de qualité, y compris la formation sur des méthodes cliniques, assistance sur le choix des méthodes, des effets secondaires et des rumeurs;
- ◆ développer les programmes appropriés pour la formation des gestes à faire en cas d'urgence;
- ◆ appuyer les interventions pour la survie de l'enfant (gestion d'IRA et de diarrhée) services en avancé pour réduire la mortalité infantile, introduction d'IMCI, et encouragement de l'espacement des naissances;
- ◆ former de ATs et de sages-femmes, en particulier sur les premiers soins obstétricaux appropriés; et
- ◆ fournir ou faciliter des stratégies pour l'éducation sur la santé et de communication pour éduquer des femmes et leurs familles sur toutes les matières ci-dessus.

C. *Cadre disposant de ressources moyennes pour la santé maternelle*

Dans ces situations, la condition des femmes est quelque peu meilleure, avec un taux d'analphabétisme qui est de 50%, une certaine mobilité, une participation limitée à la prise de décision au sein de la famille et un certain accès aux ressources. Les femmes commencent à contrôler leur fécondité, avec un indice de natalité général qui se situe entre 4 et 5, et un taux d'utilisation de méthodes modernes de PF qui varie entre 26 et 35 pourcent. Cependant, il y a encore d'importants besoins non satisfaits en matière de services de PF (25%). Ces zones ont des RMM plutôt faibles, variant entre 500 et 300 et des TMI situés entre 80 et 65.

Dans ces situations, il y a d'autres facteurs sous-jacents qui peuvent avoir besoin d'être adressés afin de continuer à réduire la mortalité maternelle. Ceux-ci peuvent être des conditions socio-économiques ou culturelles plus difficiles telles que le mariage précoce, l'éducation de jeunes filles/femmes, la nutrition, les pratiques nuisibles telles que MOGF, l'avortement à haut risque ou les issues systématiques telles que le manque de médicaments et de personnel qualifié. Si ces facteurs critiques ne sont pas adressés, le progrès sera peu probable.

En raison des avancements dans l'infrastructure générale et les investissements dans le secteur de la santé ayant pour résultat une plus grande disponibilité des services de santé, ces situations doivent se concentrer sur l'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ de tous les services de la santé. Il y aura toujours des populations mal desservies et/difficiles à atteindre où l'accès sera un problème, mais pour la majorité de la population la qualité est l'issue principale. Les interventions sur lesquelles il faut mettre l'accent incluent l'amélioration de l'aptitude pour l'assistance, se concentrant sur la satisfaction du client, renforçant le système de SIS, utilisant les données pour la prise de décision, et améliorant les soins de base et obstétricaux. Les nouveaux services pourraient être décentralisés et inclure; dépistage des femmes enceintes pour la syphilis, et traitement des nouveaux-nés malades. Un autre souci principal pour cette situation est le coût des services et les manières de produire ou de récupérer les fonds. Les interventions à considérer peuvent inclure:

- ◆ Créer et renforcer les structures (médicaments, équipement et personnel) qui peuvent régulièrement fournir des services obstétricaux de base/complets;
- ◆ Apporter une réponse aux questions clés relatives au statut de la responsabilisation des femmes;
- ◆ Oeuvrer, avec les communautés, pour lever les contraintes relatives au transport et aux finances pour accéder aux services;
- ◆ Améliorer l'accès aux soins du post-partum et aux nouveaux-nés;
- ◆ Améliorer la prise en charge des nouveaux-nés malades au sein de la communauté et des institutions;

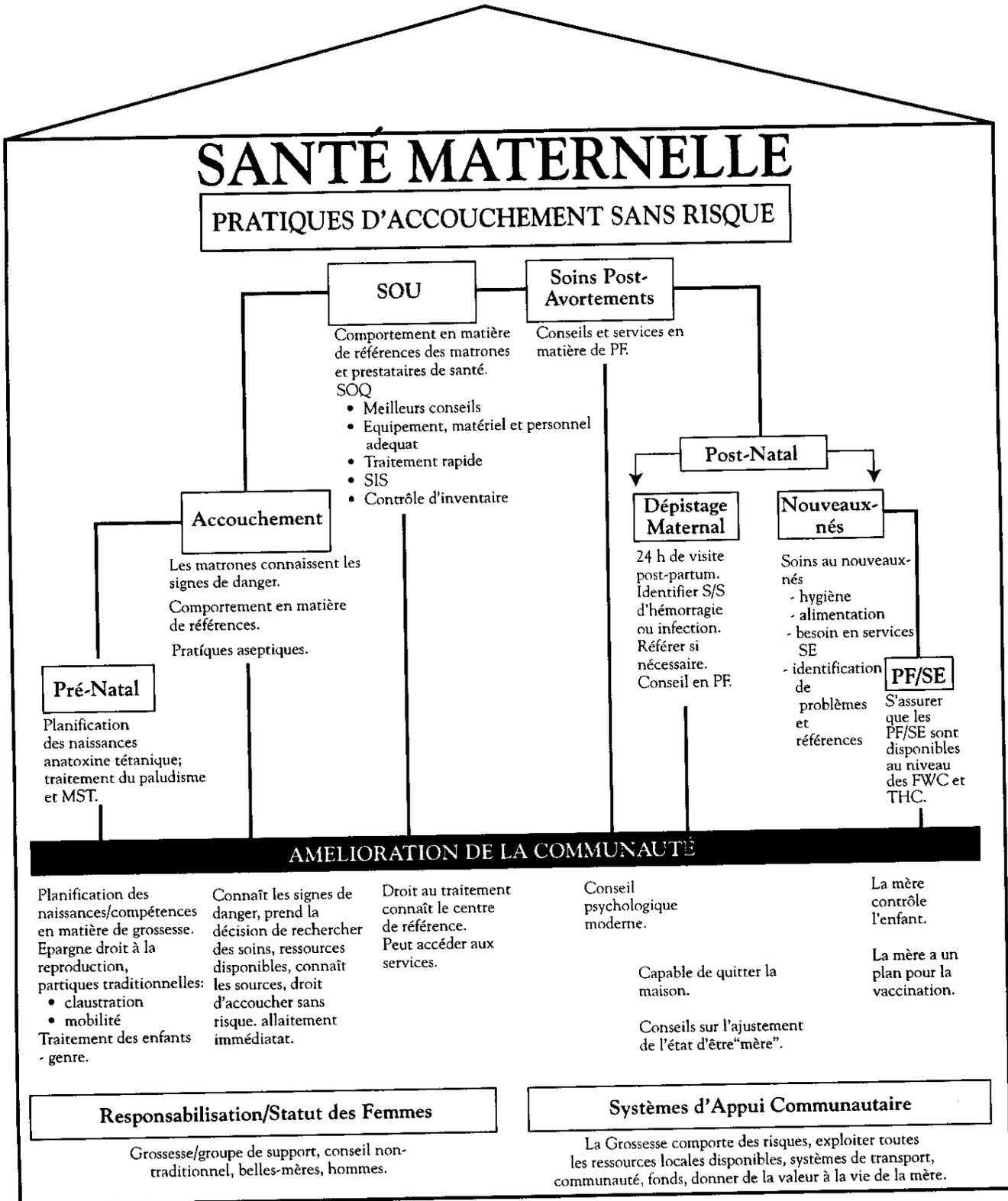
- ◆ Améliorer la gestion de l'information, la logistique et l'inventaire des systèmes de contrôle;
- ◆ Créer et promouvoir les approches de recouvrement des coûts;
- ◆ Former les sages-femmes et les praticiens, en particulier aux gestes à faire en cas d'urgence; et
- ◆ Assurer une éducation à la santé et des stratégies pour éduquer les femmes et leur famille dans les domaines ci-dessus.

Le schéma 4,3 décrit le programme de santé maternel de CARE/Bangladesh. Le programme a été développé après:

1. une évaluation situationnelle complète;
2. un examen compréhensif des données secondaires qualitatives et quantitatives disponibles au Bangladesh; et
3. une évaluation rurale participatoire dans le secteur du projet.

En raison de ce processus, CARE/BANGLADESH a décidé de se concentrer sur le renforcement de la capacité du Complexe pour la Santé de Thana (CST) pour fournir des services de qualité de base de SOE, améliorant en particulier le système de référence. En même temps, le projet est fortement orienté vers le travail avec la communauté (décideurs dans les foyers, femmes, communautés) pour développer des systèmes pour améliorer l'accès à ces services aussi bien que pour comprendre l'importance du problème. Par conséquent, SOE et les soins de post-partum sont le centre d'intérêt principal du projet reflété par la taille de la barre sur le schéma 4,3, suivie en ordre descendant de priorité des soins post-avortement, des accouchements normaux, des soins prénatals et du post-partum, de la planification familiale et de la survie de l'enfant.

FIGURE 4.3
CADRE DE PROGRAMMATION DE CARE BANGLADESH



D. *Cadre Disposant D'importantes Ressources pour la Santé Maternelle*

Dans les situations disposant d'importantes ressources, l'amélioration du statut de la femme se caractérise par un faible taux d'analphabétisme (40% ou moins), par une grande mobilité, par la participation des femmes au processus de prise de décision, et par l'accès des femmes aux ressources. Avec un indice de fécondité de 4 ou moins, et un taux de prévalence des méthodes de PF supérieur à 35 pourcent, les femmes ont en général la possibilité de décider du nombre d'enfants qu'elles auront et du moment de les avoir. Il y a encore une demande en services non satisfaite (moins de 20%), mais les services sont en général accessibles. Ces pays ont un RMM inférieur à 300 et un TMI inférieur à 70.

Puisque ces zones ont des infrastructures bien développées, il s'agit plus de maintenir les programmes qui marchent, et d'identifier les éléments importants auxquels il faut s'attaquer pour réduire la mortalité maternelle, tels que l'avortement à risque ou les grossesses des adolescentes. Ces programmes doivent se concentrer sur la **durabilité technique, institutionnelle, financière et de programmation** des services de la santé.

- ◆ cibler les groupes mal desservis;
- ◆ décentraliser les services vers des formations sanitaire d'un niveau plus bas;
 - VIH: conseil et dépistage aux centres de santé;
 - dépistage de la syphilis parmi les femmes enceintes aux postes de santé et aux centres de santé;
 - dépistage de l'anémie avec l'hémocrite au niveau du centre de santé; et
- ◆ travailler avec les communautés pour adresser les barrières financières à travers un projet d'assurance.

E. *Cadre disposant de très grandes ressources pour la santé maternelle*

Dans ces situations, il y a eu de grands progrès dans le statut des femmes et les soins pour la santé est considéré comme un droit. Avec des taux de fertilité à trois pourcent ou plus bas, et des taux de TPC de plus de 45 pourcent, les femmes peuvent généralement déterminer le nombre d'enfants qu'elles auront et quand elles les auront. Il peut encore y avoir une demande non satisfaite de services de planification familiale (moins de 15%) mais en général les services sont accessibles. Ces pays ont des RMMs de moins de 200 et IMRs de moins de 50.

Le défi pour les situations avec des ressources très élevées est d'assurer que: 1) les femmes et leurs familles soient éduquées au sujet des diverses interventions décrites ci-dessus; et 2) les services de qualité soient accessibles et abordables pour favoriser des changements de comportement durables.

Le tableau 4,3 essaye de présenter le sommaire des interventions qui pourraient être entreprises dans les diverses situations de santé maternelle. Le draft de tableau est inclu seulement pour donner aux directeurs de programme quelques idées sur le type d'interventions qui peuvent bien fonctionner dans leurs situations. Chaque intervention est différente et peut exiger plus d'infrastructures et d'approvisionnements pour être effectuée que d'autres ainsi il peut être plus difficile de les mettre en application initialement. Beaucoup plus de travail doit être effectué sur ce concept avant que l'un ou l'autre Tableau 4,2 et 4,3 puisse être finalisé.

TABLEAU 4.3
ÉBAUCHES D'EXEMPLES D'INTERVENTIONS PAR SITUATION

	TRÈS PAUVRE	PAUVRE	MODÉRÉ	ÉLEVÉ	TRÈS ÉLEVÉ
PRÉCONCEPTION	Planning familial basé sur la communauté.	Planning familial clinique (Stérilet Depo-Provera).	Concentrer sur la qualité des méthodes cliniques et de CBD.	Augmenter le nombre d'agents pour la santé qui peuvent pourvoir des services de PF.	
	Conseil sur les différentes méthodes de PF.	Conseil sur les effets secondaires et comment surmonter les rumeurs	Participation d'autres prestataires (ex: pharmaciens).	Systèmes de recouvrement des coûts.	
			Participation de l'homme.	Commencer les programmes d'assurance	
			Commencer les programmes pour le supplément en nutrition des filles adolescentes où il y a un problème.		
		Commencer les discussions à propos de mariage.	Commencer les discussions à propos des droits civils et des droits de succession.		
			Introduire d'autres méthodes de PF (NORPLANT).		
SOIN ANTÉNATAL AU NIVEAU DU CENTRE DE SANTÉ	Anti-tétanique, fer, acide folique, paludisme	Information sur les signes de danger si les services sont disponibles.	Dépistage et traitement pour MST. Approches par syndromes.	Dépistage de MST et traitement (RPR), examens de laboratoires.	Conseil pour VIH.
		Planification des naissances.	Encourager la présence d'un prestataire compétent à l'accouchement.		Traitement de AZT pour les femmes enceintes infectées avec HIV.
		Participation d'autres membres de la famille dans les stratégies de communication.			
NAISSANCE DANS LA COMMUNAUTÉ	Former les TAs et les membres de la communauté sur les "six propres".	Formation sur les premiers soins obstétricaux.	Établir des relations entre les TAs et la structure conventionnelle de santé.	Établir des relations entre les TAs et la structure conventionnelle de santé.	
	Encourager le développement des trousses d'accouchement.	Commercialiser socialement les trousses d'accouchement.			
		Système de transport.	Programme d'emprunts pour les urgences.		

Note: Ceci n'est pas une liste complète, mais son intention est de pourvoir un guide pour les directeurs de programmes.

CHAPITRE 4

**TABLEAU 4.3 (cont.)
ÉBAUCHES D'EXEMPLES D'INTERVENTIONS PAR SITUATION**

	TRÈS PAUVRE	PAUVRE	MODÉRÉ	ÉLEVÉ	TRÈS ÉLEVÉ
ACCOUCHEMENT DANS LA FORMATION SANITAIRE		Développer les politiques et les protocoles appropriés.	Augmenter les cadres de santé qui connaissent les gestes à faire en cas d'urgence.	Développer les programmes de telle manière que l'apprentissage des gestes à faire en cas d'urgence se fasse durant la formation de base.	
		Améliorer les formations sanitaires pour pouvoir aux SOE au niveau de l'hôpital de district.	Améliorer les formations sanitaires pour pouvoir aux SOE au niveau du centre de la santé.		
POST-PARTUM	Importance du contrôle des femmes durant la période de post-partum	Former les sages-femmes et les docteurs sur les gestes à faire en cas d'urgence.	Travailler avec la communauté pour référer les femmes en post-partum à des formations sanitaires.	Assurer PP et le supplément de vitamine A.	
		Former les prestataires de la santé sur les services de post-partum.	Assurer un séjour adéquat (24 heures) dans les services.	Promouvoir le séjour au centre.	
		Formation des agents communautaires sur les signes de danger.	Formation des familles sur les signes de danger.		
NOUVEAU-NÉ	Augmenter la couverture AT et l'utilisation d'une lame propre.	Répandre les pratiques des "six propres" et les soins essentiels du nouveau-né.	Former les agents de la santé sur la gestion appropriée des nouveaux-nés malades.	Repérage des bébés FPN. Introduction de IMCI pour les nouveaux-nés.	

Note: Ceci n'est pas une liste complète, mais son intention est de pouvoir un guide pour les directeurs de programmes.

IV. SUIVI

Il est difficile de mesurer la mortalité maternelle parce que le nombre de décès maternels au cours d'une année est relativement faible et il est donc difficile de savoir si les fluctuations des taux de mortalité sont dues aux interventions du programme ou au hasard. Par ailleurs, il faut des échantillons de grande taille pour déceler ces changements. Par conséquent, pour la plupart des programmes, mesurer la mortalité ou la morbidité maternelles (indicateurs d'impact) n'est ni faisable ni souhaitable.

Les indicateurs de "processus" (activités du programme) et "de résultat" (résultats de ces activités) peuvent permettre de mesurer les changements intervenus au cours des étapes conduisant aux résultats, au cours d'une année. Les indicateurs de résultat du programme ont un lien étroit avec les indicateurs d'impact et peuvent être mesurés sur deux ou trois ans. Les indicateurs d'impact donnent des informations sur le résultat final, mais ils ne permettent pas de bien comprendre la manière dont le résultat reflété par les indicateurs de résultats, a été atteint. Si ces informations ne sont pas disponibles, les concepteurs des programmes peuvent continuer à appuyer des interventions moins efficaces^(8, 53).

TABLEAU 4.4
PRINCIPAUX ASPECTS DE LA CONCEPTION, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE PROGRAMME

- Utilisation de données existantes pour l'évaluation et les études de base (lorsque cela est faisable).
- Intégration de la conception et de l'évaluation de programme (autres interventions en santé de la reproduction).
- Utilisation des indicateurs de processus et de résultats pour suivre les progrès basés sur l'utilisation des services.
- Collecte des données relatives aux coûts.
- Utilisation de méthodes qualitatives et quantitatives.
- Revue régulière des programmes.

Source: Maine, 1998.

Pour évaluer les programmes, il nous faut comprendre "la chaîne causale" qui lie les activités du programme aux décès maternels. Le décès de la mère est soumis à plusieurs conditions.

1. La femme doit être enceinte.
2. Elle doit développer une complication obstétricale.
3. Il doit y avoir un mauvais traitement des complications, qui peut résulter d'une combinaison de retards dans la décision de rechercher des soins, dans l'arrivée au centre de santé, dans l'obtention de soins au centre de santé ou d'une mauvaise gestion au centre de santé⁽⁵¹⁾.

Pour la plupart des programmes, mesurer la mortalité ou la morbidité maternelles (indicateurs d'impact) n'est ni faisable ni souhaitable.

CARE utilise le cadre de suivi et d'évaluation présenté dans le tableau 4.5. Comme mentionné précédemment, il est irréaliste de s'attendre à un ratio ou un taux de mortalité maternelle servant d'indicateur mesurable pour la plupart des programmes. Cependant, bon nombre de programmes sont peut être en mesure de suivre les changements dans les niveaux de résultat ou les changements de comportement sur plusieurs années. Tous les programmes devraient être en mesure de suivre les changements aux niveaux des résultats et des processus.

TABLEAU 4.5
CADRE DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION

NIVEAUX D'ÉVALUATION	INDICATEURS ILLUSTRATIFS
Impact (changements fonctionnels)	Ratio de mortalité maternelle
Effect (changements au niveau du comportement et des systèmes)	% de femmes ayant des complications et qui accouchent dans un centre % de prestataires qui connaissent les gestes à faire en cas d'urgence
Résultats (changements au niveau des connaissances)	% de femmes qui connaissent au moins un signe de danger % de prestataires qui connaissent les principes de base en matière de conseil
Processus (activités du projet)	Nombre de femmes conseillées Nombre de prestataires formés
Inputs	Fonds, personnel, produits, matériel

Comme cela été mentionné ci-dessus, le timing des activités est également important et il doit y avoir un équilibre entre la mobilisation communautaire (création de la demande) et le renforcement des structures de santé et du personnel en vue d'offrir des services de qualité. Le suivi du programme peut avoir recours à une combinaison d'indicateurs de processus et de résultat pour assurer le suivi mensuel et trimestriel de l'évolution des interventions choisies. Les meilleures références en matière de suivi et d'évaluation sont.

MEILLEURES RÉFÉRENCES

UNICEF/OMS (1996) **Mortalité Maternelle: Guidelines for Monitoring Progress**. Publié par UNICEF.

Maine, D. et al (1998) **The Design and Evaluation of Maternal Health Programs**. Publié par le PNUD.

MANIÈRES D'OBTENIR L'INFORMATION SUR LA SANTÉ MATERNELLE

L'autopsie verbale (maternelle et néonatale) est employée pour obtenir des informations sur les décès maternels et/ou nouveaux-nés qui se produisent à la maison. Elle peut être employée pour aider à déterminer les aspects médicaux aussi bien que non-médicaux des décès maternels et/ou nouveaux-nés. Elle peut également être conduite au niveau de l'hôpital pour évaluer les systèmes administratifs et la gestion des complications.

Les dossiers prénatals peuvent couvrir toutes les grossesses d'une femme et sont un instrument de valeur inestimable pour l'amélioration de l'information de la santé. Il peut fournir des informations sur les antécédents de la femme, les complications qu'elle a pu éprouver et le traitement fourni. Il peut également être employé pour suivre les résultats des grossesses et les complications maternelles.

Le livre de salle de travail/accouchement est un document important pour évaluer la qualité des soins obstétricaux. Il peut fournir un examen compréhensif de la gestion médicale de toutes les femmes enceintes ce qui est un point clé, pour évaluer la qualité du soin. Le livre de salle peut également être employé pour calculer le taux de mortalité périnatale de la formations sanitaire.

Les revues de cas fournissent un forum pour réviser tous les aspects des décès maternels et des nouveaux-nés. Des cas sont choisis et critiqués pour évaluer tous les retards dans les soins ou la mauvaise gestion des complications qui ont contribué à la mort. Afin que ceci soit efficace, la revue doit être faite dans un environnement neutre (sans jugement) où une équipe de prestataires est disposée à apprendre de leurs expériences et à incorporer de nouveaux comportements à leur pratique. Il est souvent utile d'examiner également les "manqué de peu", les femmes/nouveaux-nés qui ont survécu mais étaient très près de la mort, aussi bien que les mortalités⁽⁹⁸⁾.

Le Tableau 4.6 présente une liste qui illustre les indicateurs pouvant être choisis sur la base des interventions retenues^(8, 53).

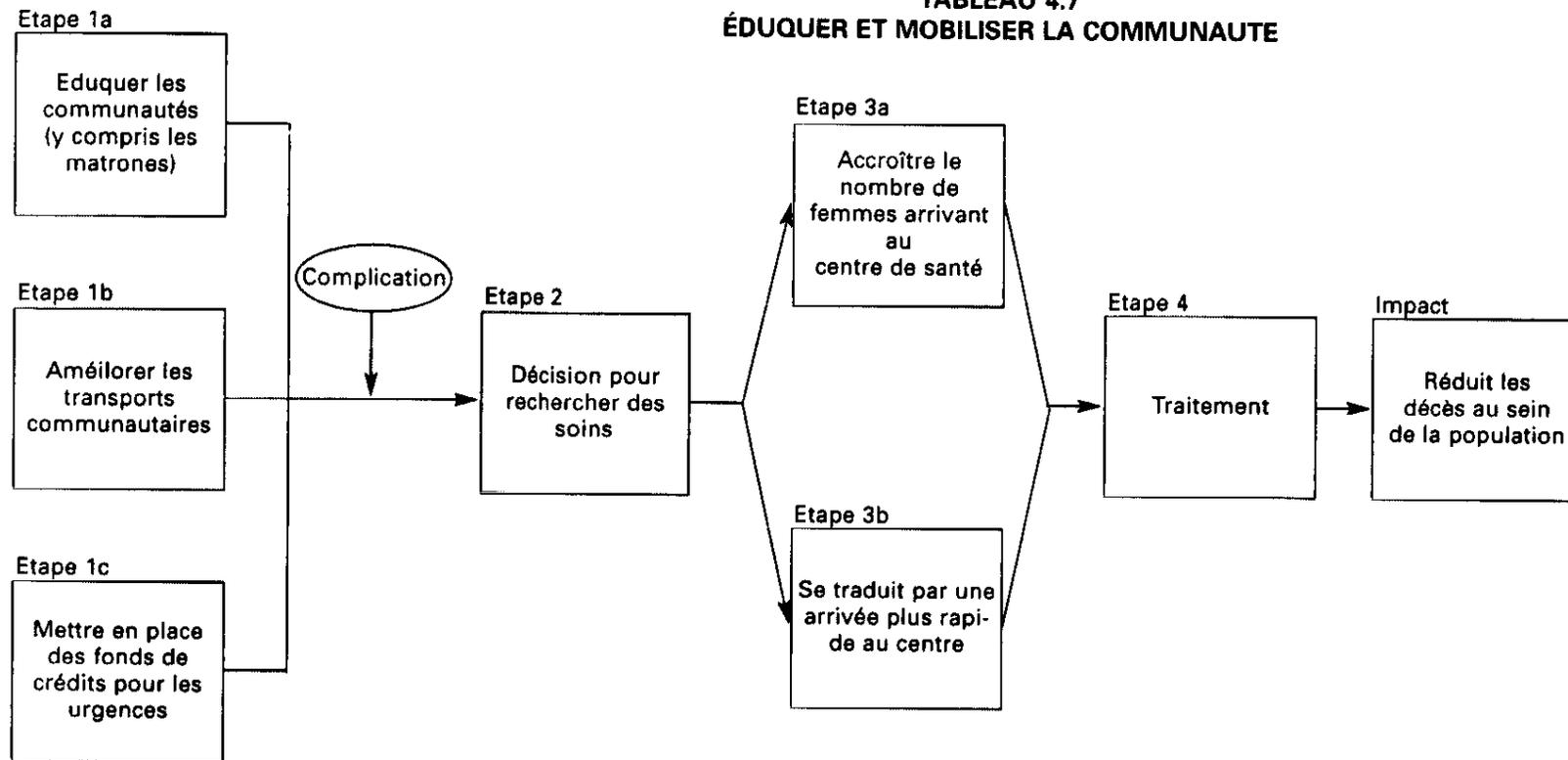
Les Tableaux 4.7, 4.8 et 4.9 fournissent des exemples d'interventions susceptibles d'être retenus et les indicateurs correspondants. Les plans de suivi devraient être le plus simple possible. **Les programmes devraient décider des informations dont ils ont besoin et ne recueillir que les données qui seront utiles pour l'évaluation des progrès, et la planification du programme.** L'objectif général de la récolte de données est d'utiliser ces données, au niveau le plus bas, pour la prise de décision en vue d'améliorer le programme^(8, 53).

TABLEAU 4.6
LISTE ILLUSTRATIVE D'INDICATEURS

INDICATEURS	SOURCE DES DONNÉES	NIVEAU D'INDICATEUR
% de femmes enceintes recevant des soins prénatals (1,2,3 visites).	Registre des services	Effet
% de femmes enceintes recevant 2 vaccins antitétaniques.	Registre des services	Effet
% de femmes enceintes recevant des comprimés en fer	Registre des services	Effet
% de femmes enceintes recevant des conseils en . PF lors des visites prénatales	Registre des services/Enquêtes	Effet
% de femmes enceintes ayant un plan d'accouchement	Enquête	Effet
% de femmes enceintes connaissant au moins 2 signes de danger.	Enquête/FGD	Résultat
% de maris ou membres de la belle-famille connaissant au moins 2 signes de danger.	Enquête/FGD	Résultat
% de matrones connaissant au moins 5 signes de danger.	Post-test	Résultat
% de femmes enceintes et de familles sachant comment se rendre au centre de santé le plus proche en cas de complication.	Enquête	Résultat
% de femmes enceintes qui accouchent à domicile avec l'aide d'une personne formée	Registre des services/ Enquêtes	Résultat
% de femmes enceintes qui accouchent avec une trousse d'accouchement/ du matériel propre	Registre des services/ Enquête	Résultat
% de femmes enceintes ayant des complications et qui accouchent dans les centres	Registre des services	Effet
% de prestataires sachant comment bien gérer les complications	Scores de post-test	Résultat
Nombre de centres équipés pour assurer des soins obstétricaux de base	Registres du centre	Résultat
Nombre de centres équipés pour fournir des soins obstétricaux complets	Registres du centre	Résultat
Nombre de centres qui ont au moins un mois de réserves pour traiter régulièrement les complications obstétricales	Registres des inventaires	Input
Taux de letalité - % de femmes enceintes souffrant de complications qui décèdent, par rapport au nombre total de cas	Registres des services/ revue des cas	Effet
% de matrones connaissant les 5 aspects des bons soins à apporter au nouveau-né	Post-test	Résultat
% de femmes qui débutent l'allaitement dans les premières heures	Registres des services/Enquêtes	Effet
% de femmes enceintes et leur famille qui connaissent au moins 2 signes de danger concernant les nouveaux-nés.	Enquête	Résultat
% de femmes ayant consulté une personne formée dans les premières 48 heures	Enquête	Effet
% de femmes bénéficiant de services de PF du post-partum	Enquête	Effet

Source: Maine, La Conception et Évaluation des Programmes de la Santé Maternelle. 1998 UNICEF, Lignes de Conduite de la Mortalité Maternelle, 1996.

TABLEAU 4.7
ÉDUCER ET MOBILISER LA COMMUNAUTE



ÉTAPE PROCESSUS/INDICATEURS DE RESULTATS

- | | |
|----|---|
| 1a | Nombre de sessions tenues; nombre de personnes instruites
Connaissance des signes de complications |
| 1b | Disponibilité des transports communautaires
Utilisation des transports communautaires |
| 1c | Disponibilité des emprunts d'urgence
Utilisation des crédits d'urgence |
| 2 | Décision de rechercher des soins |
| 3a | Nombre de femmes ayant des complications arrivant au centre |
| 3b | Etat à l'arrivée |
| 4 | Taux de létalité |

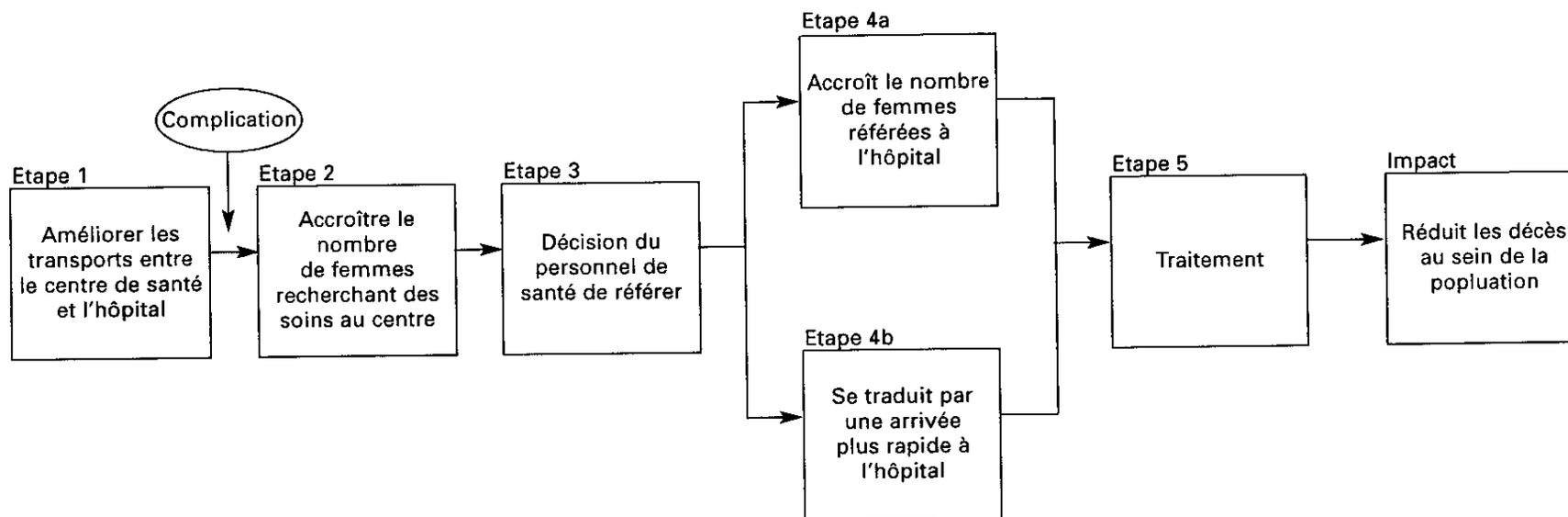
SOURCES DE DONNÉES

- | |
|---|
| Rapports du personnel de projet; listes de présence
Pré-et post-tests / mini-enquêtes |
| Interviews des leaders villageois; rapports du personnel de projet
Interviews des patients; documents de transports |
| Interviews des leaders villageois; rapports du personnel de projet
Interviews des leaders villageois; documents relatifs aux fonds |
| Groupes de discussion communautaires; mini-études |
| Données du centre de santé |
| Données du centre de santé |
| Données de l'hôpital |

Source Maine, 1997

123

TABLEAU 4.8
AMELIORER LES TRANSPORTS ENTRE LE CENTRE DE SANTÉ ET L'HÔPITAL

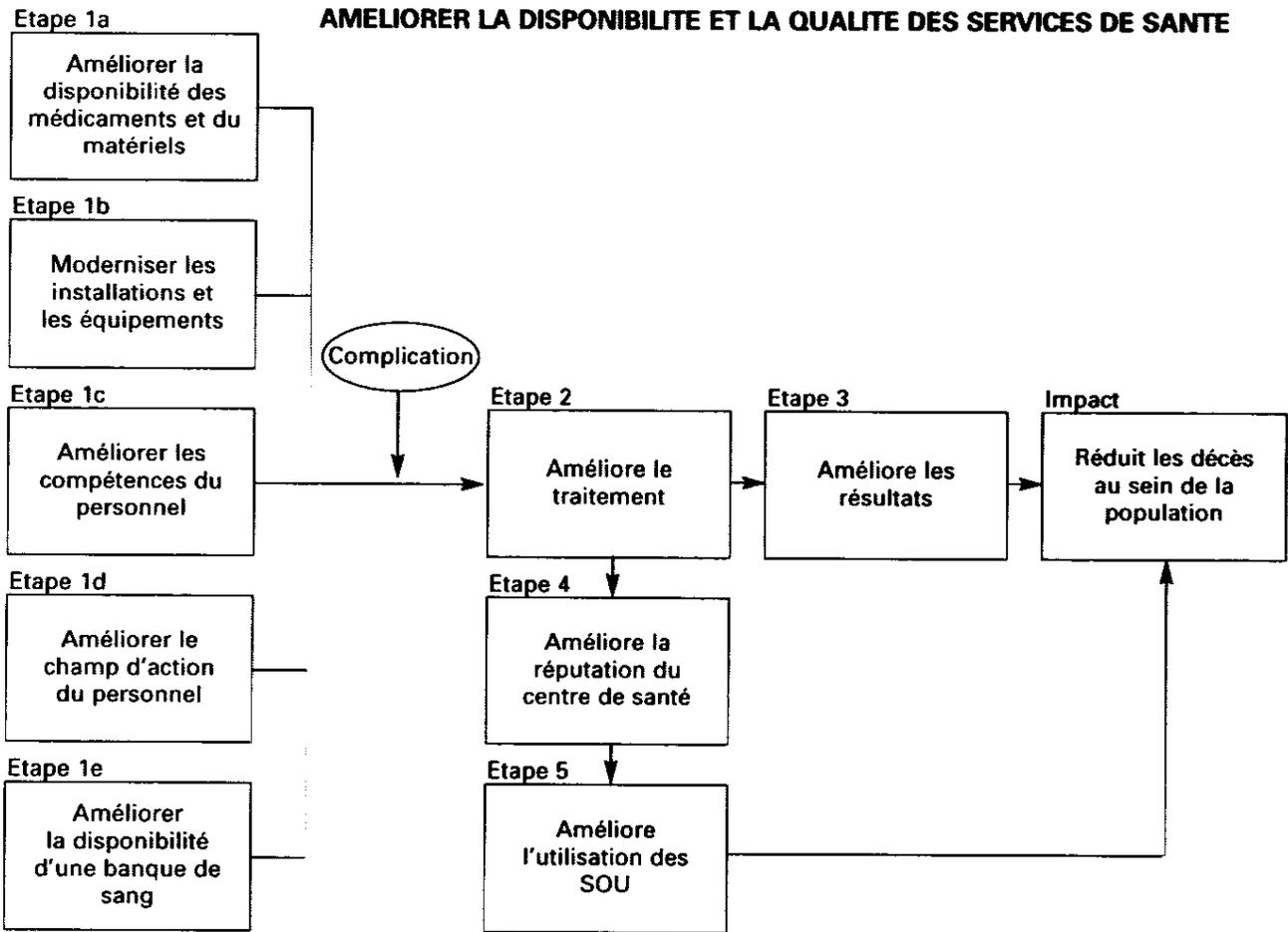


ÉTAPE	PROCESSUS/INDICATEURS DE RESULTATS	SOURCES DE DONNÉES
1	Disponibilité des transports Utilisation des transports	Données de liste de vérification; rapports du personnel de projet Carnet de bord du véhicule; interviews avec les leaders et la communauté
2	Nombre de femmes ayant des complications arrivant au centre de santé	Données du centre de santé
3	Décision d'orientation	Interviews avec le personnel du centre de santé; données du centre de santé
4a	Nombre d'orientation	Données du centre de santé et de l'hôpital
4b	Etat à l'arrivée Temps passé entre la référence et l'arrivée à l'hôpital	Suivi des cas; données du centre de santé et de l'hôpital; carnet du véhicule Données de l'hôpital
5	Taux de létalité	Données de l'hôpital

Source: Maine, 1997

120

TABLEAU 4.9
AMELIORER LA DISPONIBILITE ET LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE



ÉTAPE PROCESSUS/INDICATEURS DE RESULTATS

- 1a Disponibilité des médicaments et matériels
Utilisation des médicaments et matériels
- 1b Disponibilité de structures de SOU/équipement modernes
Utilisation de structures de SOU/équipement modernes
- 1c Nombre de membres du personnel formés
Améliorer les compétences du personnel
- 1d Proportion heures/semaine avec une personne qualifiée, sur appel
Proportion heures/semaine avec une personne qualifiée, sur place
- 1e Disponibilité d'une banque de sang
Utilisation du sang
- 2 Moment d'arrivées pour traitement final
Nombre de césariennes (ou autres procédures) pratiquées
- 3 Taux de létalité
- 4 Réputation du système de santé dans la communauté
- 5 Nombre de femmes ayant des complications admises dans un centre

SOURCES DE DONNÉES

- Données de liste de vérification
- Données du centre de santé
- Rapports du personnel; interviews du personnel
- Données du centre de santé
- Rapports du personnel du projet
- Pré- et post-tests; revue de cas
- Programme du personnel; rapports du personnel de projet
- Programme du personnel; rapports du projet
- Données liste de vérification
- Registre d'une banque de sang
- Revue de cas; étude sur la cadence
- Registre de salle d'opération
- Données du centre de santé
- Pré-et post- mini-enquêtes
- Données du centre de santé

Source: Maine, 19970

V. EVALUATION

Comment reconnaît-on le succès? Les programmes peuvent mesurer les indicateurs de niveau de résultat grâce aux évaluations de base, aux évaluations à mi-parcours et aux évaluations finales. Même si le cadre stratégique présenté dans le Tableau 4.10 n'est pas quantitatif, il servira à orienter nos stratégies de conception et de mise en œuvre de programme. Pour chaque projet, les indicateurs quantitatifs peuvent être ajoutés aux interventions retenues pour ce contexte.

Nous pensons que si nous pouvons:

1. sélectionner les interventions appropriées qui reflètent les besoins locaux;
2. tirer profit des leçons apprises d'autres pays;
3. les mettre en œuvre en utilisant les meilleures pratiques actuelles; et
4. suivre leur évolution.

Nous luttons pour influencer les changements dans les comportements des femmes de ceux qui prennent les décisions dans le foyer, de communauté, des agents de santé, et les systèmes avec lesquels nous travaillons. Nous espérons que se faisant, nous pourrions voir les changements significatifs dans notre cadre stratégique présenté dans le tableau 4.10.

VI. CONCLUSION

Ce Chapitre a essayé de fournir un cadre pour entreprendre une évaluation de la situation locale de la santé maternelle, de sorte qu'une approche stratégique puisse être utilisée dans le rassemblement de données, l'analyse et le choix des interventions efficaces. Ce chapitre a également discuté de l'influence que les différentes situations peuvent avoir sur le choix des diverses interventions.

Comme indiqué dans l'introduction, la conception, le suivi, et l'évaluation ont été inclus dans le même chapitre pour encourager le développement des plans de suivi et d'évaluation pendant la phase de conception. Tandis qu'il y a peu de consensus sur les meilleurs indicateurs à employer pour contrôler des programmes de la santé maternelle, quelques options étaient fournies qui pouvaient être adaptées aux besoins locaux d'une situation spécifique. Pour finir, CARE a partagé son cadre stratégique pour la programmation de la santé maternelle. Bien qu'il ne soit pas quantitatif, nous croyons qu'il peut être employé pour guider notre programmation au cours des prochaines années et nous aider à atteindre notre but d'améliorer la vie des femmes.

TABLEAU 4.10
CADRE STRATEGIQUE RELATIF A LA SANTE MATERNELLE POUR 1997-2003

CHAQUE FEMME			
<i>Prend des decisions avisées et opportunes de maniere independante ou a voix au chapitre dans le processus de prise de decisions concernant leur santé.</i>			
FEMMES EN AGE DE PROCREER (FAP)	PRE-NATAL	ACCOUCHEMENT	POST-PARTUM
<p>LA PETITE FILLE Alimentation Adéquate Opportunité d'Éducation</p> <p>FAP Maximiser le recours aux pratiques bénéfiques et surmonter les pratiques néfastes afin de mener une vie reproductive saine.</p> <p>Les hommes et femmes sont informés sur la menstruation, la conception; la contraception; les façons de prévenir/identifier et traiter les MST; la nutrition et l'hygiène adéquates.</p> <p>Pouvoir accéder aux services de santé reproductive pour la PF, aux traitements des MST, et soins maternels.</p> <p>La participation aux processus de prise de decision.</p>	<p>Preparer une fin de grossesse saine, connaître les signes de danger, la date approximative de l'accouchement; pourquoi et où rechercher les soins, comment s'y rendre; comment mobiliser les ressources pour payer les soins.</p> <p>Frequenter les services de soins prenataux, respecter les pratiques recommandées (ex. vaccination anti-tétanique), s'assurer d'une bonne alimentation, et réduire la charge de travail.</p> <p>Choisir /accéder à un prestataire formé pour faire l'accouchement et organiser/acheter le matériel pour un accouchement propre.</p> <p>Utiliser des registres de maternités à domicile.</p> <p>Connaître les éléments essentiels des soins à prodiguer au nouveau-né ; pouvoir identifier les signes de danger d'un nouveau-né malade et savoir où rechercher des soins.</p>	<p>Accès à un prestataire formé/qualifié pour faire l'accouchement.</p> <p>Encourager le prestataire formé à utiliser du matériel pour un accouchement propre.</p> <p>Connaître les signes de danger et pouvoir prendre la décision d'accéder aux services, au transport et aux ressources, si nécessaire.</p> <p>Commencer l'allaitement immédiatement.</p> <p>NOUVEAU-NÉ Connaître les éléments essentiels des soins aux nouveaux-nés, pouvoir identifier les signes de danger et savoir où rechercher des soins.</p>	<p>LA MERE Surveiller elle-même les complications surtout aux premières 24 heures et rechercher des services, si nécessaire.</p> <p>Avoir recours à des pratiques saines/hygiéniques après l'accouchement (par ex. des serviettes hygiéniques propres).</p> <p>Etre réceptive à une visite à domicile par un agent de la santé/personne ressources de la communauté dans les premières 24 heures après l'accouchement.</p> <p>Supplémentation en vit. A dans le premier mois.</p> <p>Avoir une bonne alimentation, allaitement exclusif pendant 6 mois.</p> <p>Connaître son retour de fécondité, être informée sur les différentes méthodes de PF disponibles, rechercher la contraception en temps voulu.</p> <p>NOUVEAU-NÉ Pouvoir identifier les signes de danger et savoir où chercher le soin. Vaccination des que possible.</p>

TABLEAU 4.10 (cont.)
CADRE STRATEGIQUE RELATIF A LA SANTE MATERNELLE POUR 1997-2003

LES MÉNAGES			
<i>Sont les décideurs, tels que les maris, les belles-mères, encouragent les femmes à rechercher des services pour préserver leur bien-être et la santé de leurs enfants.</i>			
FEMMES EN AGE DE PROCREER (FAP)	PRE-NATAL	ACCOUCHEMENT	POST-PARTUM
<p>LA PETITE FILLE Alimentation Adéquate Opportunité d'Éducation</p> <p>FAP Maximiser l'utilisation de pratiques bénéfiques et surmonter les pratiques néfastes pour mener une vie reproductive saine.</p> <p>Les couples discutent le choix du nombre et de l'espacement des enfants et du recours au PF.</p> <p>Encourager l'accès aux services de santé reproductive pendant toute leur vie.</p> <p>Accroître l'accès aux ressources pour des services de santé.</p> <p>Soutenir les activités génératrices de revenus des femmes.</p>	<p>Encourager les femmes à fréquenter les services pré-natals, respecter les pratiques recommandées (FAF, traitement malaria, réduire le volume de travail et avoir une bonne nutrition).</p> <p>Jouer un rôle actif et positif dans la planification des naissances, en incluant des connaissances sur les complications. identifier des prestataires de services formés et organisés/acheter du matériel pour une naissance. savoir où aller et comment s'y rendre, et comment payer les services.</p> <p>Épargner régulièrement pour payer les services de santé.</p>	<p>Redistribuer les tâches ménagères telles que la garde des enfants, la corvée d'eau.</p> <p>Informar la personne formée choisie du debut du travail et utiliser du materiel et des pratiques propres.</p> <p>Connaître/identifier les signes de danger. encourager la femme à être référée vers un centre de santé, savoir où aller et mobiliser un moyen de transport et des ressources pour la référence.</p> <p>Encourager l'allaitement immediat.</p> <p>Organiser un doneur de sang si nécessaire.</p> <p>NOUVEAU-NÉ</p> <p>Connaître les soins essentiels du nouveau-né.</p> <p>Identifier les signes de danger et encourager le service de références si nécessaire.</p>	<p>Identifier les personnes appropriées pour suivre la femme/bébé et détecter les complications pendant les premières 24 heures et prendre des mesures.</p> <p>Utiliser des pratiques propres/hygiéniques après l'accouchement.</p> <p>Encourager une bonne alimentation et l'allaitement exclusif, réduction de la charge de travail pendant 6 mois.</p> <p>Encourager les femmes/les couples a rechercher des services de PF.</p> <p>Encourager les femmes ayant des complications à rester a l'hôpital pendant 24 heures.</p> <p>Accepter la visite à domicile d'un agent de santé ou une personne de la communauté. avant les premières 24 heures après l'accouchement.</p> <p>Encourager la supplémentation en Vitamine A dans le premier mois.</p> <p>NOUVEAU-NÉ Pouvoir identifier les signes de danger et savoir où chercher le soin. Vaccination dès que possible.</p>

**TABLEAU 4.10 (cont.)
CADRE STRATEGIQUE RELATIF A LA SANTE MATERNELLE POUR 1997-2003**

LES COMMUNAUTES

Appuient l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction, en maintenant les systèmes essentiels tels que les services à base communautaire ou les moyens de transports, tout en adoptant des comportements sains.

FEMMES EN AGE DE PROCREER (FAP)

LA PETITE FILLE

Alimentation Adéquate
Opportunité d'Éducation

FAP

Maximiser l'utilisation de pratiques bénéfiques et lutter contre les pratiques néfastes.

Encourager les hommes et les femmes à planifier le timing et le nombre d'enfants qu'ils desirent, et le moment où ils veulent utiliser le PF.

Servir comme un partenaire actif dans la planification et la gestion communautaire du service de la santé de la reproduction pour assurer la qualité et prendre leur responsabilité.

Appuyer l'accès à des services communautaires de santé de la reproduction comme:

- ✓ soins prénatals
- ✓ planification familiale
- ✓ services pédiatriques
- ✓ systèmes de transport
- ✓ cases d'attente communautaires
- ✓ fonds de crédit communautaire
- ✓ soins du post-partum
- ✓ soins du nouveau-né

Renforcer les mécanismes communautaires permettant d'appuyer les groupes vulnérables tels que les adolescents et les femmes célibataires.

PRENATAL

Fournir un appui en nature et/ou logistique ; agents de santé en visite

Encourager les femmes à se rendre aux consultations prénatales, respecter les régimes, avoir une alimentation adéquate et réduire la charge de travail.

Utiliser les agents communautaires pour identifier les femmes en grossesse et les diriger vers les centres de santé prénatals et assurer une gamme de services aux femmes de la communauté.

Diffuser les informations/encourager la planification des naissances - avoir recours à une personne formée, les "six propres", être informé sur les complications, sur leur nature, l'endroit où se rendre, la façon de s'y rendre.

ACCOUCHEMENT

Encourager le recours à une personne formée à l'accouchement et ensuite le recours à des pratiques hygiéniques.

S'appuyer sur des personnes/ressources de la communauté qui peuvent identifier les accouchements à complications et rapidement réunir les éléments nécessaires à l'orientation vers un centre de santé.

Encourager les femmes à se faire orienter hors du village vers le centre le plus proche.

Maintenir des systèmes pour accélérer le transport et le paiement des frais médicaux.

Encourager l'allaitement immédiat.

SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE.

une personne de la communauté capable de pourvoir aux soins obstétricaux d'urgence.

NOUVEAU-NÉ

Maintenir des pratiques essentielles pour le nouveau-né.

Disposer d'une personne (ressource) au sein de la communauté qui connaît et qui identifie les signes de danger pour le bébé, et qui peut faciliter la référence vers un centre.

La communauté supporte un nouveau-né malade référé à un centre de santé.

POST-NATAL

MERE

Utiliser des pratiques hygiéniques (par ex. le bain, les serviettes hygiéniques).

Encourager le contrôle au cours des premières 24 heures par un agent communautaire qui peut identifier les signes de danger.

Encourager les femmes ayant des complications à rester à l'hôpital pendant 24 h au moins.

Encourager les femmes à avoir une bonne alimentation et à pratiquer l'allaitement exclusif pendant 6 mois.

Aider les femmes à rechercher des services de PF et de post-partum.

Encourager l'allaitement exclusif.

Encourager la supplémentation en vitamine A durant le premier mois.

NOUVEAU-NE

Encourager les vaccinations dès que possible.

Agent communautaire qui connaît les signes de danger chez le nouveau-né malade.

121

TABLEAU 4.10 (cont.)
CADRE STRATEGIQUE RELATIF A LA SANTE MATERNELLE POUR 1997-2003

INSTITUTIONS			
<i>Assurer, aux hommes et aux femmes, des services de santé de la reproduction tout au long de leur vie, y compris des postes de santé, des centres de santé, des hôpitaux de district et des hôpitaux de référence.</i>			
FEMMES EN AGE DE PROCREER	PRE-NATAL	ACCOUCHEMENT	POST-NATAL
Assurer des services de santé maternelle intégrés, en accordant une attention particulière aux pratiques traditionnelles, conseiller et assurer l'éducation à la santé aux hommes et aux femmes tout au long de leur vie, sur l'hygiène, la menstruation, la reproduction, la grossesse saine, et les signes de complications, les soins aux enfants, la contraception, les façons de prévenir/identifier et traiter les MST et la bonne alimentation.	A assurer des soins prénatals (ex. vat, faf, paludisme, anémie, MST, examen pelvien) éduquer les femmes et leurs familles sur l'importance d'avoir recours à une personne formée/qualifiée sur la nécessité d'accoucher proprement, sur les complications éventuelles qui peuvent survenir au cours de la grossesse, les signes de danger à détecter, où aller lorsqu'elles surviennent et comment s'y rendre et comment payer les services.	Assister aux accouchements normaux utilisant des techniques aseptiques, commencer l'allaitement immédiat et les soins appropriés au nouveau-né.	LA MERE Surveiller étroitement les femmes pendant les premières 24 heures et prendre des dispositions pour des visites de suivi par un agent de santé local.
Fournir, aux hommes et aux femmes, des services de qualité de santé de la reproduction..	Assurer des services de qualité de manière conviviale, y compris le conseil (ex le pf, la nutrition), le traitement adéquat à l'heure appropriée et la présence des agents de sexe féminin.	SOU DE BASE. Fournir des antibiotiques, des solutes, des ocytociques ou sédatifs (im/iv), extraction manuelle du placenta non expulsé et gestion des petites complications néonatales.	Assurer des service de PF en post-partum (stérilet dans les premières 48 heures, pilules faiblement dosées, norplant à 6 semaines) si la femme le désire.
Satisfaire les besoins spéciaux des adolescents et adolescentes et autres groupes vulnérables.	Conservier des dossiers sur les femmes, leurs complications, leur traitement et leur référence et les résultats de l'accouchement.	SOU COMPLET Assurer des services de sou et des naissances par ventouse accouchements assistés, des anesthésies, des opérations chirurgicales, le remplacement du sang; ainsi que disposer de la capacité à réanimer les nouveau-nés avec des traitements médicaux d'urgence et des couveuses.	Encourager la garde du bébé dans la chambre de la mère et l'allaitement exclusif pendant 6 mois.
	SOU DE BASE Prendre en charge les complications post-avortement bénignes, les cas d'anémie et de paludisme bénins.	Mettre en place/appuyer un système de référence et établir des relations.	Donner de la vit. A en supplement.
	Stabiliser/réféer les troubles dus à l'hypertension, l'hémorragie prénatale, le diabète .	Encourager l'allaitement immédiat si possible.	NOUVEAU-NÉ Peser et noter le poids, vacciner.
	SOU COMPLET Prendre en charge les évacuations pour les complications prénatales, y compris les hémorragies sévères post-avortement et prénatales, la pré-eclampsie, les troubles rhumatismaux cardiaques.	Conservier les dossiers des femmes ayant des complications, leur traitement et leur référence.	Eduquer la mère sur les bons soins à prodiguer au nouveau-né, allaitement et calendrier de vaccination.
		NOUVEAU-NÉ Prendre le poids, enregistrer et vacciner. Soins essentiels du nouveau-né. Réanimation des nouveaux-nés si nécessaire gestion des complications (ex: asphyxie) du nouveau-né et des bébés en FPN.	Suivi des progrès des bébés en FPN (ex: poids, tétée) gestion des infections du nouveau-né (ex: pneumonie, tétanos) allaitement exclusif et fréquent.

5

INTERVENTIONS ET MEILLEURES PRATIQUES ACTUELLES

I.	CONTEXTE	5.1
II.	STRATEGIES ET INTERVENTIONSINTEGREES	5.5
	A. Partenariat	5.5
	B. Politique	5.9
	C. Améliorer les services	5.11
	D. Développement des ressources humaines	5.16
	E. Education à la santé pour un changement de comportement	5.24
	F. Mobilisation communautaire	5.25
III.	LES FEMMES EN AGE DE PROCREER	5.27
IV.	LA PERIODE PRÉNATALE	5.30
V.	L'ACCOUCHEMENT	5.56
VI.	LA PÉRIODE DU POST-PARTUM	5.73
VII.	LE NOUVEAU-NÉ	5.82
VIII.	CONCLUSION	5.95

I. CONTEXTE

Les chapitres deux et trois ont examiné les facteurs sociaux et médicaux qui influencent la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. Le chapitre quatre décrit plusieurs méthodes d'évaluation de la situation locale en matière de santé maternelle; choisit les interventions les plus appropriées et conceptualise "ce" qui pourrait être fait. Ce chapitre présente des approches permettant de s'attaquer "au quatre retards" décrits dans le chapitre un et présentés ci-après, qui empêchent les femmes et les nouveaux-nés d'accéder à des services de santé de qualité et d'en bénéficier.

- **Retard #1:** *Retard dans la reconnaissance du problème;*
- **Retard #2:** *Retard dans la décision de rechercher des soins;*
- **Retard #3:** *Retard à arriver au centre de santé;*
- **Retard #4:** *Retard dans le traitement au centre de santé⁽¹⁴⁾.*

Le présent chapitre décrit certains principes (et la liste n'est pas exhaustive), relatifs à "la manière" dont les interventions choisies peuvent être effectivement mises en œuvre, dans divers contextes, pour s'attaquer à ce problème complexe. Les interventions doivent refléter les principaux obstacles; identifiés dans le contexte local, et qui empêchent l'accès aux services de santé maternelle. **Les stratégies et interventions varient selon le contexte** spécifique en termes de niveaux et de causes de mortalité et de morbidité; d'infrastructures pour la santé en général, de niveau économique, de pratiques sociales et traditionnelles, de croyances et de pratiques en matière de santé, et de disponibilité et de qualité des services.

Le chapitre cinq est organisé de la manière suivante :

1. stratégies intégrées(Section II);
2. Les phases du cycle de vie de la femme (femmes en âge de procréer, la période prénatale, l'accouchement et la période du post-partum), (Section II, IV, V) et;
3. les sept premiers jours du nouveau-né (Section VI).

Chaque section contient un élément intitulé "les meilleures pratiques actuelles", qui est basé sur une revue de la littérature récente et des enseignements tirés des programmes nationaux qui ont réussi. Ces pratiques reflètent la meilleure compréhension que l'on a actuellement des interventions les plus efficaces, si elles sont bien adaptées aux besoins locaux, pour contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. **Les "meilleures pratiques actuelles" devront être mises à jour au fur et à mesure de la disponibilité des résultats de recherches et de programmes.**

Les services de soins obstétricaux d'urgence se concentrent sur la prise en charge des complications liées à la grossesse, s'attaquant ainsi à la mortalité maternelle.

Il y a deux approches pour améliorer la santé maternelle et néonatale. La première approche, met l'accent sur la **“réduction de la mortalité”** et comporte des sous-ensembles qui sont plus orientés vers la réduction de la mortalité. Les interventions visant à réduire la mortalité peuvent comprendre: l'amélioration des infrastructures en vue de mieux prendre en charge les complications obstétricales et l'enseignement des techniques de réanimation des nouveaux-nés et de prise en charge de ceux qui sont malades.

La seconde approche met l'accent sur **“la promotion de la santé”**. Il y a un large éventail d'interventions qui, grâce aux effets liés à la promotion de la santé, peuvent ne pas réduire directement la mortalité mais peuvent de manière indirecte réduire les maladies et les décès. Les interventions favorisant la promotion de la santé peuvent toucher la mère, le nouveau-né ou les deux. Les activités liées à la promotion de la santé peuvent comprendre: une bonne alimentation, la supplémentation en micron-aliments, la vaccination contre le tétanos, le dépistage et le traitement des maladies infectieuses, l'encouragement à la réduction de la charge de travail et le traitement des morbidités telles que la fistule vésico-vaginale et le prolapsus de l'utérus.

Ces approches illustrent les différences qui existent entre **Les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU)** et les **Soins Obstétricaux Essentiels (SOE)**. Les services des soins obstétricaux d'urgence se concentrent sur la prise en charge des complications liées à la grossesse, s'attaquant ainsi à la mortalité maternelle. Par contre, les soins obstétricaux essentiels comprennent les interventions telles que les soins prénatals et du post-partum ainsi que la prise en charge appropriée des complications, et s'attaquent de ce fait, à la **“promotion de la santé”** et **“à la réduction de la mortalité”**. Ces approches n'ont pas besoin d'être mutuellement exclusives, mais il faut comprendre que le choix des interventions peut différer selon l'objectif général. Les personnes chargées de la planification des programmes doivent avoir des objectifs clairs, de manière à ce que les interventions appropriées puissent être sélectionnées en vue de la réalisation de leurs objectifs^(4,6,8,20). **Nous pensons que ces deux objectifs doivent être poursuivis, aussi ce document soutient-il l'approche dite des soins obstétricaux essentiels. Nous sommes, toutefois, conscients que le poids relatif de chaque objectif peut varier selon les contextes.**

La mortalité et la morbidité maternelles peuvent être diminuées grâce à des mesures qui réduisent:

- l'incidence des grossesses à haut risque et non désirées par le biais de l'amélioration de l'accès à des services de qualité de planification familiale et d'avortement (provoqué) sans danger; et
- le nombre et la sévérité des complications obstétricales grâce à des soins reçus pendant la période qui précède la grossesse; des soins prénatals pour prévenir, identifier et traiter rapidement les complications; des accouchements propres et sans danger assistés par des prestataires de soins qualifiés; et des soins de post-partum de qualité; et
- le taux de létalité grâce à l'amélioration de l'accès à des services obstétricaux et de post-avortement de qualité^(8,31,43,48,53).

Les soins obstétricaux essentiels comprennent les interventions telles que les soins prénatals et du post-partum ainsi que la prise en charge appropriée des complications, et s'attaquent de ce fait, à la “promotion de la santé” et “à la réduction de la mortalité”.

La mortalité néonatale peut être atténuée grâce à des mesures qui:

- améliorent la santé et l'état nutritionnel des femmes grâce à la promotion d'une bonne alimentation; le retardement du premier accouchement et/ou l'espacement des grossesses d'au moins deux voire trois ans de préférence, la prévention et le traitement des infections;
- réduisent la mortalité périnatale grâce à l'amélioration des soins maternels tels que l'alimentation générale; le traitement des carences en micro-aliments (par exemple: l'anémie), la vaccination contre le tétanos; le traitement du paludisme; l'ankylostomose et MST; et l'accouchement sans danger avec l'assistance d'un prestataire de soins qualifié;
- réduisent les décès périnataux et néonataux grâce aux soins néonataux essentiels (par exemple: initier la respiration, faire un pansement avec le cordon, garder le bébé au chaud et au sec, soigner les yeux), l'allaitement immédiat et exclusif, les vaccinations (par exemple, le BCG, l'OPV et l'hépatite B); l'identification et le traitement rapide de la pneumonie et de la diarrhée, et autres infections (par exemple; le tétanos, la septicémie) pendant la première semaine de vie^(4,9,10).

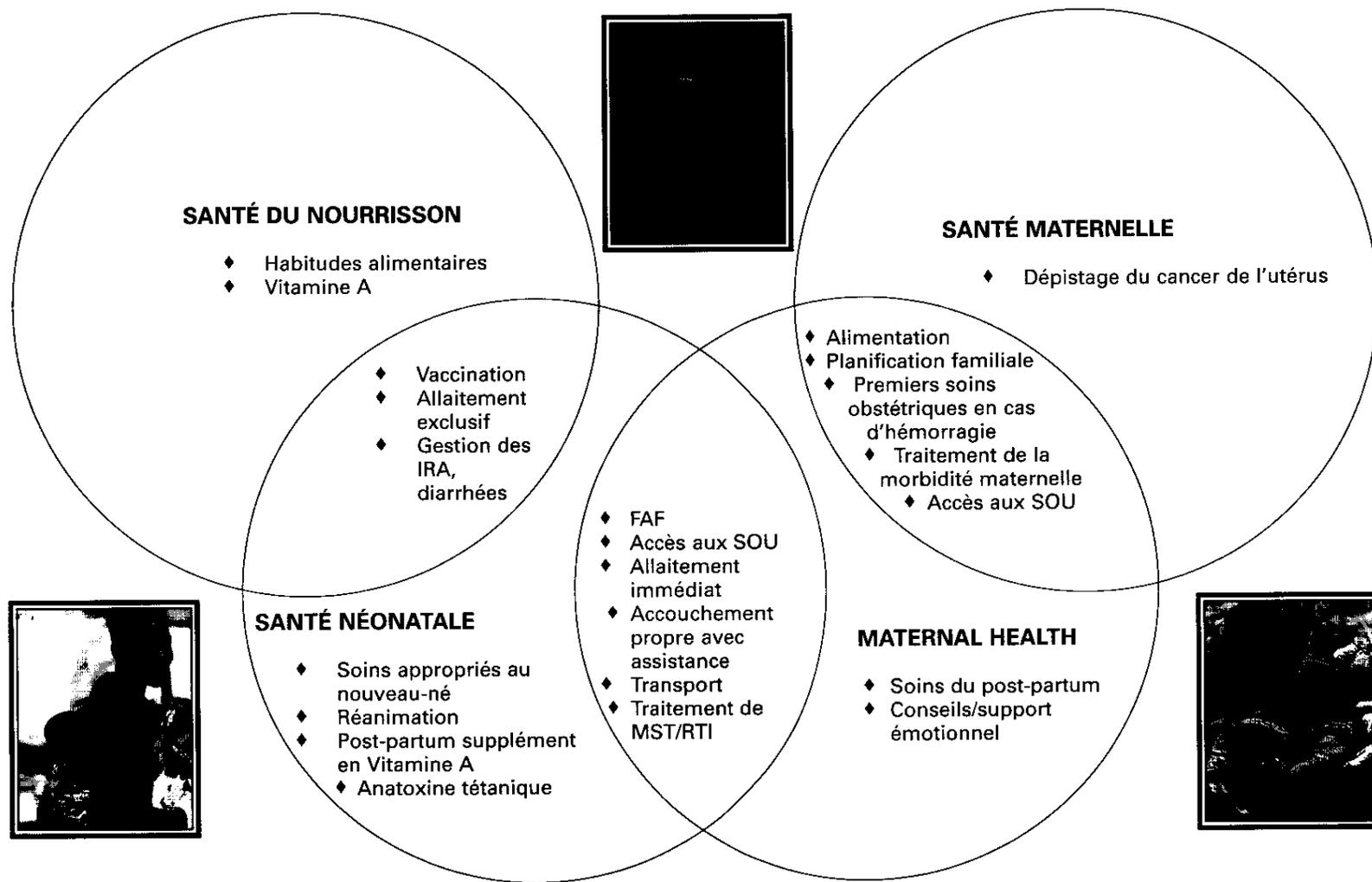
Certaines études ont montré que l'adoption d'une approche équilibrée pour réduire la distance entre les femmes et les services de santé, nécessite deux stratégies complémentaires, à savoir: rapprocher les soins des femmes et rapprocher les femmes des soins⁽³⁹⁾. Rapprocher les soins des femmes suppose des services mobiles, notamment pour les soins prénatals, l'affectation de personnel de santé qualifié au niveau le plus bas du système de santé (par exemple: les matrones communautaires) et les soins du post-partum. Rapprocher les femmes des soins suppose que l'on s'assure que des moyens de transports sont disponibles et abordables, et qu'il y ait des ressources pour payer ces services. Dans certains endroits, on a eu recours à des maisons d'attente pour réduire la distance que les femmes doivent couvrir pendant leur travail.

L'expérience a montré qu'il faut un équilibre entre l'amélioration des services et la mobilisation de la communauté. Si l'un se fait sans l'autre ou si les activités ne sont pas menées dans le bon ordre, les efforts ne seront pas couronnés de succès.

La santé de la mère et celle du fœtus sont étroitement liées. Bon nombre d'interventions maternelles ont un effet positif sur la santé maternelle et améliorent l'état du nouveau-né. De nombreuses interventions qui se sont avérées bénéfiques pour le nouveau-né ont fait l'objet de très peu d'attention ou ont été découragées dans le cadre de l'Initiative de la maternité sans danger parce qu'elles ne permettent pas d'anticiper une urgence obstétricale ou de réduire la mortalité (par exemple: soins prénatals). Les efforts qui permettent d'améliorer la santé maternelle, tels que la fourniture de FAF, le VAT, le traitement du paludisme, de l'ankylostomose et des MST et l'accouchement propre, devraient être encouragés (Voir Figure 5.1).

Une intervention clé, la présence d'un prestataire qualifié (un médecin ou une sage-femme pendant l'accouchement, peut réduire de manière significative l'asphyxie à la naissance et les traumatismes en cas de complication (Voir Figure 5.1).

FIGURE 5.1: INTERRELATIONS ENTRE LES INTERVENTIONS AFFECTANT LES DÉCÈS MATERNELS ET NEONATALS



134

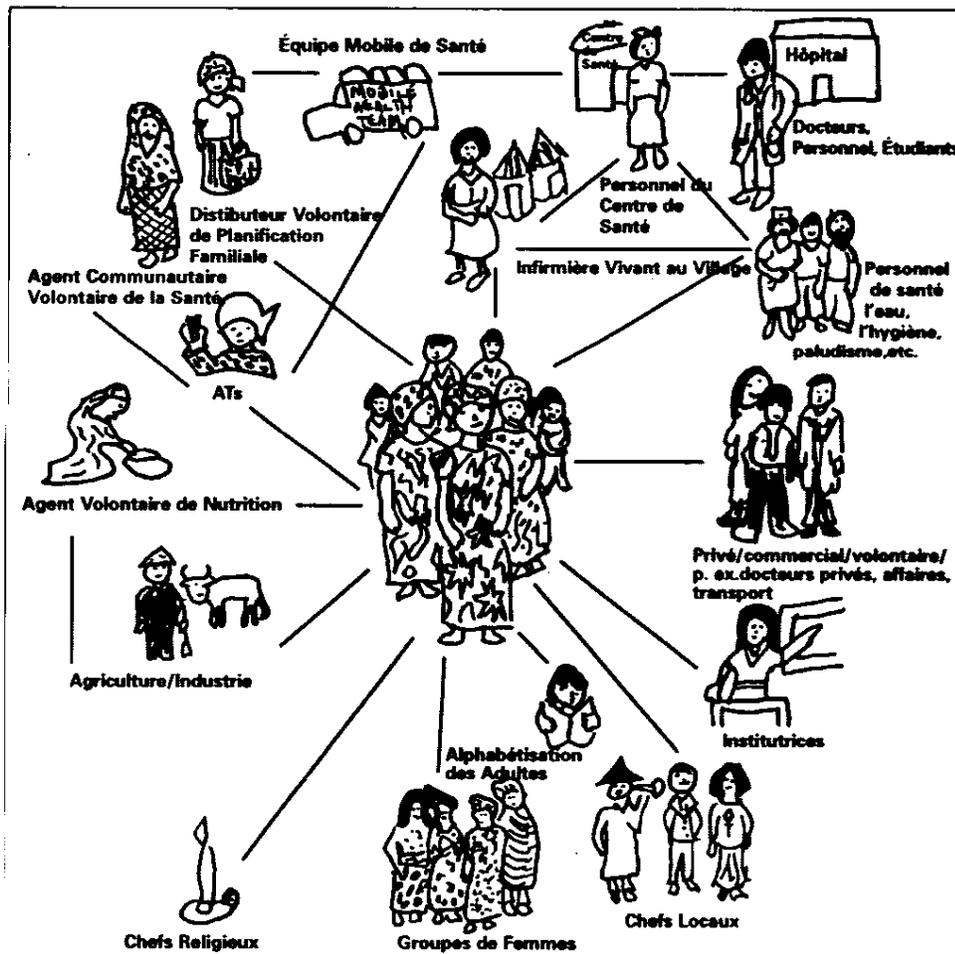
II. STRATEGIES ET INTERVENTIONS INTEGREES

A. Partenariat

Pour mettre en place des stratégies pour traiter les causes de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, il est essentiel d'établir un partenariat entre les gouvernements, les ONG locales et internationales, les communautés, les ménages, le secteur privé et les agences donatrices bilatérales et multilatérales, et de coordonner leurs efforts. Il est très peu probable qu'une organisation a elle seule puisse apporter tous les éléments nécessaires à la résolution de ce problème complexe. La communauté internationale doit se mettre ensemble pour concevoir et mettre en œuvre des programmes multisectoriels permettant de s'attaquer aux nombreux facteurs contribuant au décès maternel.

Nous reconnaissons qu'il incombe aux prestataires de soins de santé, aux ménages et aux femmes elles-mêmes de résoudre ce problème. Notre rôle est de les soutenir pour qu'ils soient capables de mettre en œuvre des programmes spécifiques qui soient adaptés à leurs besoins particuliers.

FIGURE 5.2
ILLUSTRATION DES TYPES DE PARTENARIAT COMMUNAUTAIRES



Source: Feuerstein, 1993

“...réduire la mortalité maternelle nécessite un engagement à long terme et soutenu de la part d'un large éventail de partenaires... Dans de nombreuses communautés, les gouvernements, les agences volontaires et les responsables locaux unissent leurs forces et leurs ressources pour développer des stratégies en matière de soins de santé qui favorisent la maternité sans danger.”

– Hillary Rodham Clinton, Première Dame des USA
La journée mondiale de la santé 1998

Les gouvernements, les ONG et les prestataires privés fournissent déjà certains de ces services (par exemple, le personnel, les médicaments et les équipements médicaux). Les donateurs tels que l'UNICEF, le FNUAP, la Banque Mondiale et le gouvernement japonais sont souvent disposés à fournir des équipements, à financer des rénovations et des médicaments pour les services obstétricaux en vue d'appuyer le gouvernement et les services du secteur privé. L'USAID et le DFID ont réalisé des projets de recherche, ont mis au point des modèles de démonstration et ont fourni une assistance technique à de nombreux pays. Ils ont également acheté des contraceptifs. De nombreux donateurs, dont l'UNICEF, le FNUAP, l'USAID et l'ACDI, apportent une assistance technique pour l'amélioration des services de planification familiale dans les secteurs public et privé. Les organisations non-gouvernementales ont un rôle important à jouer dans la mobilisation de la communauté et de la facilitation des systèmes d'appui communautaires pour améliorer l'accès des femmes aux services obstétricaux.

PARTENARIATS RÉUSSIS

Au Bangladesh, l'UNICEF aide le gouvernement à améliorer les services de soins obstétricaux dans les hôpitaux de district et dans des complexes thana sélectionnés (centres de santé) dans 11 districts. Le Gouvernement du Bangladesh fournit les infrastructures et le personnel, quelques équipements et les médicaments, ainsi que le système d'appui (par exemple, supervision et SIS). L'UNICEF fournit quelques équipements, les médicaments et l'appui à la formation qui est assurée la société des obstétriciens et des gynécologues du Bangladesh pour améliorer la prise en charge des complications obstétricales. Les consultants de cette société se chargent également des visites de monitoring et de suivi dans ces régions. CARE, avec l'appui des Hollandais et des Australiens, intervient uniquement dans les zones où les services ont été améliorés pour s'assurer que des soins de qualité sont disponibles une fois que les efforts de mobilisation communautaires (éducation, transport et systèmes de crédit) sont en cours^(45,54).

Au Mexique, les chercheurs, les journalistes, les législateurs, les responsables de la santé, les prestataires et les ONG se sont réunis pour discuter des problèmes de santé maternelle lors de la Conférence Nationale sur la Maternité Sans Risque de 1993. En conséquence, le Partenariat pour la Maternité sans Risque a été mis en place avec un groupe de travail multi-sectoriel créé pour superviser la mise en œuvre du plan d'action. Le processus a été reproduit dans 10 états avec l'organisation de conférences sur la maternité sans risque et le développement de plans d'action. Plusieurs interventions novatrices ont été développées grâce à ce processus. Par exemple, dans plusieurs états, un modèle pour la détection des risques pendant la grossesse a été testé. Par ailleurs, l'Eglise a lancé une campagne pour réduire les actes de violences contre les femmes enceintes dans plusieurs états, une question qui n'avait jamais été abordée⁽⁵⁵⁾.

Les partenariats doivent également être établis avec des secteurs autres que la santé. Il peut s'agir des ministères de l'Éducation, du Commerce, de l'Agriculture et des ONG intervenant dans ces régions. Le tableau 5.1 donne des exemples sur la manière dont les autres secteurs peuvent contribuer à l'amélioration des programmes de Maternité Sans Danger.

TABLEAU 5.1
ACTIONS INTER-SECTORIELLES NECESSAIRES A LA PROMOTION DE LA MATERNITE SANS DANGER

SECTEURS/AGENCES/PERSONNEL	EXEMPLES D'ACTIONS INTER-SECTORIELLES
<p>1. Autorités au niveau du district Responsables du gouvernement local Responsable de l'information Leaders politiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participer aux ateliers de formation sur la Maternité sans danger et fournir un lieu pour son organisation. • Fournir du matériel pour la construction/rénovation des pavillons de maternité. • Assurer la rémunération des infirmières/sages-femmes communautaires.
<p>2. Services de l'agriculture du district Nutritionnistes Economistes domestiques Agents agricoles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des semences et les compétences aux groupes de femmes qui produisent des légumes riches en vitamines (ex. : fer, vitamines A et C). • Eduquer les familles sur les besoins nutritionnels des femmes enceintes et des femmes qui allaitent.
<p>3. Coopératives agricoles/commerciales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des denrées alimentaires supplémentaires aux femmes enceintes/qui allaitent par les coopératives. • Utiliser les véhicules commerciaux pour le transport des femmes en cas d'urgence obstétricale. • Mettre en place et alimenter un fonds annuel de sécurité sociale pour permettre l'accès au transport ou payer les services.
<p>4. Syndicats des paysans et des travailleurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des subventions alimentaires pour les agents de santé locaux (ex.: les infirmières/sages-femmes communautaires). • Participer à un programme de vente à faible coût d'aliments riches en protéines pour les femmes enceintes et qui allaitent les plus démunies (ex.: œufs, poulets).
<p>5. Service du développement communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des activités génératrices de revenus avec les groupes de femmes pour financer le transport des évacuations d'urgences. • Stimuler les actions communautaires pour construire des maisons d'attente pour les femmes.
<p>6. Association/groupements de femmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec le personnel local de santé et les agents de santé volontaires, dans le cadre d'un réseau communautaire de maternité sans danger. • Assurer aux femmes une éducation sur la sexualité humaine, la planification familiale, la grossesse, l'accouchement, et les soins post-natals. • Encourager les jeux de rôle comparant les techniques d'accouchement risqué et d'accouchement sans risque.
<p>7. Unions/groupements de jeunes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir un âge minimum pour le mariage (ex. : 18 ans pour les femmes). • Permettre aux jeunes sexuellement actifs d'utiliser des contraceptifs pour éviter les grossesses non-désirées, les MST et le VIH/SIDA.

TABLEAU 5.1 (cont.)
ACTIONS INTER-SECTORIELLES NECESSAIRES A LA PROMOTION DE LA MATERNITE SANS DANGER

SECTEURS/AGENCES/PERSONNEL	EXEMPLES D'ACTIONS INTER-SECTORIELLES
8. Service de l'éducation Ecoles secondaires Ecoles primaires Ecoles normales	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir, dans le cadre de l'éducation à la vie de famille, la compréhension de la sexualité humaine, la conception, PF, la grossesse et l'accouchement. • Encourager et permettre aux jeunes filles d'être scolarisées. • Former les enseignants aux contenus et méthodes d'enseignements en matière de maternité sans danger.
9. Service de l'éducation des adultes et de l'alphabétisation	<ul style="list-style-type: none"> • Associer les belles-mères aux séances d'éducation des femmes pour communiquer des messages de maternité sans danger. • Produire un abécédaire sur les thèmes de la maternité sans danger. • Permettre aux femmes de discuter des questions sensibles et non évoquées telles que la morbidité maternelle et l'avortement (provoqué).
10. Industrie Fabricants de produits pharmaceutiques/autres fabricants	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre l'achat en gros de médicaments obstétricaux pour la vente au détail à faible coût aux femmes/centres de santé ayant peu de ressources. • Développer et fournir des pansements et des serviettes hygiéniques pour améliorer l'hygiène génitale pendant et après l'accouchement.
11. Commerce/entreprise Responsables du Gouvernement Local Officiers d'information Leaders Politique	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre l'ouverture de petits magasins pour présenter et vendre des trousseaux d'accouchement peu coûteux ainsi que du matériel de planification familiale. • Faire don d'un équipement et d'un moyen de transport pour les activités de maternité sans danger dans les zones éloignées.
12. Secteur privé de la santé Les médecins modernes Les médecins traditionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir les informations et les services (ex. : la période prénatale, l'accouchement, les soins du post-partum et post-avortement (provoqué) . • Participer à l'identification des bonnes et des mauvaises pratiques en matière d'accouchement et d'avortement.
13. Transport	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les véhicules de transport en cas d'urgence obstétricale. • Mettre en place et alimenter, en collaboration avec les femmes, des fonds pour le transport d'urgence.
14. OVP/ONG	<ul style="list-style-type: none"> • Faire don d'équipements (ex. : tensiomètre). • Fournir des informations et des services. • Parainer la rénovation de salles d'opération ou les bicyclettes pour les sages-femmes rurales.
15. Organisations religieuses	<ul style="list-style-type: none"> • Les leaders religieux locaux permettent/encouragent les discussions sur la contraception/l'avortement/l'excision. • Encourager l'accès aux services de santé maternelle.

Source: Feuerstein, 1995

B. Politique

De nombreux pays disposent de politiques de Maternité sans Danger, toutefois, peu de pays mettent en place complètement ou totalement ces politiques. De nombreuses personnes chargées de l'élaboration des politiques ne sont pas conscientes du problème ou sont mal informées; ainsi, ils ne considèrent pas la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales comme un problème ou une priorité. Les politiques générales qui perpétuent le statut inférieur de la femme et auxquelles il convient peut-être de s'attaquer sont: l'âge du mariage; la possibilité d'interruption médicale de la grossesse (avortement provoqué); le divorce et les lois sur l'héritage; l'éducation des femmes; l'égalité dans les salaires et les mutilations des organes génitaux des femmes (MOGF).

Dans bon nombre de pays, les normes en matière de règlements et d'autorisation déterminent la fourniture des services de santé et constituent des obstacles plus importants que la politique elle-même. En général, ces protocoles précisent: 1) quelles catégories de personnel de santé peuvent assurer quels services; 2) quel niveau d'infrastructures sanitaires peut offrir des services spécifiques; 3) les articles figurant sur la liste des médicaments essentiels; et 4) les protocoles utilisés pour le traitement des pathologies spécifiques. Souvent, ces règlements, qui peuvent ou ne peuvent pas figurer dans la politique:

- limitent l'accès aux services;
- imposent des examens et des procédures inutiles et/ou;
- limitent les types de services offerts par les prestataires.

Par exemple, dans bon nombre de pays, les sages-femmes ne sont légalement par autorisées à faire certaines interventions qui peuvent sauver des vies, telles que l'extraction manuelle du placenta. Puisque les femmes s'adressent souvent aux sages-femmes en cas d'urgence, ces dernières sont obligées d'intervenir pour essayer de sauver la vie des patientes, même si elles n'ont pas été formées pour ces interventions. Si seulement les règlements permettraient aux sages-femmes de bénéficier d'une formation formelle pour ces interventions qui sauvent la vie, les services seraient plus proches des femmes et plus sûrs, ce qui auraient des effets plus bénéfiques pour la mère et le nouveau né.

STRATEGIES Changement de Politique

Les politiciens et les responsables prennent d'importantes décisions en matière d'allocation du budget, d'infrastructures et de dotation en personnel. Le plaidoyer peut jouer un rôle important pour susciter l'appui à la santé maternelle et néonatale. Les principaux groupes cibles peuvent comprendre : les leaders nationaux, régionaux et locaux, les leaders religieux et les associations professionnelles (ex.: médecins, infirmiers (-ières), sages-femmes). Les leaders religieux peuvent être des agents-clés de changement et influencer les attitudes au sein de la communauté, notamment celles où les hommes sont les principaux décideurs quant à l'utilisation des services de santé. Ces leaders doivent comprendre 1) l'ampleur du problème; 2) les interventions qui peuvent apporter une solution au problème; 3) les mesures qui peuvent être prises par la communauté et les familles pour une issue favorable pour la mère et pour le nouveau né; 4) l'impact du décès maternel sur la communauté et la famille; et 5) l'importance de la participation des femmes au processus de prise de décision sur les pratiques en matière de recherche de la santé.

Le plaidoyer est important, toutefois, il est difficile d'avancer des arguments s'ils ne sont pas étayés par des données fiables. L'amélioration des systèmes d'information et l'utilisation des données mises à la disposition des décideurs, peuvent permettre de sensibiliser davantage ces derniers ainsi que les personnes chargées de la planification des programmes sur l'importance de ce problème. Sans cette prise de conscience et sans "un engagement politique" par rapport à cette question, les autres efforts tels que la modification des lois et de la répartition des ressources budgétaires seront pratiquement impossibles.

Même si une politique de Maternité sans Danger existe, elle n'a peut être pas été mise en œuvre au niveau local, pour différentes raisons. Les politiques ne sont pas très utiles, à moins qu'elles ne soient vulgarisées, leur contenu compris et intégré dans la pratique quotidienne. Les agents de santé doivent bénéficier d'une formation sur les protocoles et les normes contenus dans la politique, grâce à la formation en cours d'emploi. Ils doivent adopter ces pratiques et les intégrer dans leur pratique quotidienne. Les protocoles et les pratiques doivent être renforcés grâce à une supervision d'appui et à des recyclages pour améliorer durablement la qualité des services de santé maternel.

INTERVENTIONS Changement de Politique

La première intervention à mettre en œuvre dans n'importe quel pays est l'examen exhaustif des politiques, des règlements, des normes d'autorisation et des protocoles actuels en matière de santé maternelle. Cet examen pourrait permettre l'identification des principaux obstacles à l'amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et à leur utilisation. Il y a probablement des composantes qui manquent dans la politique ou bien la politique peut être trop restrictive. Si la politique n'entrave pas les bonnes pratiques au niveau de la prestation de services, alors il n'est peut être pas nécessaire de modifier cet aspect de la politique. Les changements de politiques peuvent nécessiter la mobilisation d'importantes ressources humaines, par conséquent les domaines à aborder devraient être bien choisis et ciblés à l'aide de stratégies spécifiques visant à changer la politique (ou le règlement) et à mettre en œuvre des changements dans tout le système de santé.

Les prestataires de santé et les responsables de programme doivent être éduqués sur le rôle du plaidoyer et sur la manière dont ils peuvent l'intégrer dans leur travail. Ils peuvent également jouer un rôle très important dans la récolte et l'analyse des données, et dans les mécanismes de feed-back. Le personnel de santé peut utiliser cette information pour prendre des décisions visant à améliorer les prestations de services et à mener des actions de plaidoyer en leur propre nom.

Puisque les médecins sont rares dans de nombreux pays, notamment dans les zones rurales, il est peut-être bon de créer la demande pour une plus grande utilisation des sages-femmes. Cette demande doit s'accorder avec les politiques appropriées mises en place pour accroître le nombre de sages-femmes et pour améliorer leur capacité à fournir une gamme plus large de services que ceux qu'elles sont autorisées à offrir.

Les questions de politiques peuvent comprendre: 1) les critères pour être admis dans une formation de sages-femmes; 2) les moyens permettant d'augmenter le nombre de sages-femmes formées (par ex.: les programmes pour former les matrones pour qu'elles deviennent des sages-femmes auxiliaires); et 3) améliorer l'accès à des formations de sages-femmes dans les zones rurales, où elles manquent le plus.

C. Améliorer les Services

Tous les pays ont des systèmes de santé dotés d'infrastructures et de personnel. Cependant, dans de nombreux pays, l'accès aux soins obstétricaux n'était-jamais une priorité. L'amélioration des infrastructures existantes et des compétences du personnel de santé, souvent à des coûts peu élevés, peut entraîner des améliorations dans la qualité des services et avoir, en fin de compte, des effets positifs sur la mère et le nouveau-né.

Les services de soins de santé pour les femmes enceintes sont souvent organisés de manière verticale, ce qui nécessite que l'on se rende plusieurs fois dans les centres de santé pour accéder à différents services. Les services ne doivent pas nécessairement être totalement intégrés, mais il faudrait établir suffisamment de liens d'une part entre la communauté et les centres de santé et d'autre part entre les différents niveaux des centres de santé pour améliorer l'accès à tous les services. Il convient d'informer les femmes à propos 1) des services disponibles; 2) des centres de santé; et 3) du(des) jour(s) où ces services sont disponibles, de manière à ce que les femmes puissent mieux accéder à un éventail de services. Les femmes en âge de procréer doivent avoir accès à la gamme complète des services suivants:

- **Planification familiale**
- **Prévention et Traitement des MST**
- **Soins prénatals**
- **Premiers soins obstétricaux (dans la communauté)**
- **Services obstétricaux**
- **Soins du post-partum et de post-avortement**
- **Soins du nouveau-né**

Chaque service devrait être fourni par un prestataire compétent et devrait être régulièrement disponible à un coût abordable. Les services de santé de la reproduction de "très bonne qualité" devraient comprendre les composantes suivantes:

- ◆ Des prestataires compétents.
- ◆ Des contraceptifs, du matériel médical, des médicaments, du sang et des produits anesthésiques en quantités suffisantes.
- ◆ Une technologie appropriée (ex: MVA, minilap, césarienne)
- ◆ Des systèmes de report adéquat (ex. : système d'information sanitaire, tenue de registres, inventaire de médicaments).
- ◆ Un environnement propre et observation des pratiques visant à prévenir les infections.
- ◆ Choix informé sur l'ensemble des procédures et traitements.
- ◆ L'intimité lors de l'examen, pratiqué idéalement par un prestataire de sexe féminin.
- ◆ Des traitements rapides et appropriés.
- ◆ Stabilisation et référence appropriée, et en temps opportun du patient.
- ◆ L'orientation et le suivi des femmes.
- ◆ La participation des partenaires de sexe masculin et des membres de la famille.
- ◆ Des centres conviviaux qui fournissent des soins respectueux, y compris des informations complètes dans un cadre accueillant qui encourage les femmes et leur famille à poser des questions; offrent un aménagement culturellement approprié et qui permettent d'intégrer les pratiques traditionnelles sans danger aux prestations de services de santé maternelle dans les formations sanitaires.

Les étapes menant à des services de soins maternels de qualité sont présentées ci-après:

LES ÉTAPES POUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES

Analyse des besoins, y compris la récolte de données quantitatives et qualitatives et les méthodologies participatives, selon les cas (Voir Chapitre 4).

Analyse et classement des besoins par ordre de priorité (Voir Chapitre 4).

Amélioration des compétences cliniques du personnel: élaborer des critères de sélection des stagiaires; évaluer les compétences et les domaines à améliorer; élaborer des programmes de formation culturellement adaptés; utiliser pour la formation une approche - basée sur les compétences - participative et adaptée au plan culturel; prévoir des dossiers de patients et des sites adéquats pour la pratique; effectuer une supervision de soutien et développer des systèmes de suivi des stagiaires.

Amélioration des compétences interpersonnelles du personnel: élaborer des critères de sélection des stagiaires; évaluer les compétences et les domaines à améliorer; élaborer des programmes de formation culturellement adaptés; s'accorder sur les comportements clés qui favorisent un traitement convenable des femmes et le dialogue entre les parties (par ex.: intimité, un environnement qui ne porte pas de jugement, permission de poser des questions); utiliser une approche participative en matière de compétences interpersonnelles et dans la manière de présenter le matériel IEC; prévoir suffisamment de temps pour la mise en pratique des nouvelles compétences, et effectuer une supervision de soutien pour corriger les erreurs et renforcer les attitudes positives.

Amélioration des systèmes d'information: identifier le type d'informations nécessaires pour la planification du programme et ne recueillir que les informations qui seront utilisées; développer des fiches de santé et/ou des registres; assurer une formation du personnel sur les outils de récolte de données; utiliser une approche pratique en matière d'analyse de données et utiliser les données pour la prise de décision.

Amélioration des médicaments et des équipements: préciser clairement le rôle du personnel chargé du système; développer un système approprié basé sur la situation locale; mettre en place un système de contrôle d'inventaire pour bien gérer les stocks; élaborer un plan pour garantir des stocks tampons afin de surmonter les difficultés (difficultés saisonnières; mauvais transport); assurer une formation pratique sur la commande, la prévision, le stockage et la gestion des stocks, les fonctions et les formes du système; faciliter la gestion générale des réserves pour éviter les ruptures de stocks.

Meilleure gestion: préparer des descriptions de postes; préciser clairement les rôles et les responsabilités; assurer la formation pratique sur la budgétisation; intégrer l'utilisation régulière d'outils qui permettent d'assurer la qualité pour identifier les points faibles et les améliorer continuellement; développer les systèmes d'information et supervision; élaborer des plans de travail annuels avec le concours du personnel et procéder régulièrement à leur révision.

TABLEAU 5.2

Les Meilleures Pratiques Actuelles	
SERVICES DE LA SANTÉ MATERNELLE DE QUALITÉ	
1.	Promotion et protection de la santé: Les femmes et leur famille doivent être informées sur la grossesse/accouchement; comprendre les signes de danger; savoir où ils peuvent obtenir des services et la manière de se rendre au centre de santé.
2.	Accessibilité et disponibilité des services: Les femmes devraient pouvoir accéder à une gamme complète de services rapides et de qualité, fournis par des prestataires compétents au plan technique, au niveau le plus bas du système de santé.
3.	Acceptabilité des services: Les femmes ont besoin d'intimité et bon nombre d'entre elles préfèrent des prestataires de sexe féminin. On devrait leur garantir la confidentialité et l'appui des membres de leur famille. Les prestataires de services devraient respecter les croyances et les pratiques culturelles.
4.	Compétence technique des prestataires de soins de santé: La compétence technique dépend de la formation, du recyclage et de guidelines claires pour les traitements cliniques. La supervision et la revue des cas sont également essentiels pour maintenir la compétence technique.
5.	Matériel et équipement essentiels: Des normes de gestion de stocks et de logistique devraient être établies. Cela permettra de s'assurer que le matériel et les équipements nécessaires seront régulièrement disponibles à chaque niveau.
6.	Rapport des prestataires avec les clients: Les prestataires doivent offrir des informations exactes et appropriée; traiter les clients avec respect; répondre à leurs besoins et éviter de porter des jugements.
7.	Information et conseil pour le client: Le client devrait avoir l'occasion de parler avec le prestataire de soins, de lui poser des questions et de bénéficier de conseils sur tout problème de santé identifié.
8.	Participation des clients à la prise de décision: Les prestataires devraient considérer les clients comme des partenaires en matière de soins de santé et devraient les associer à la prise de décisions en tant qu'acteurs de leurs propres soins de santé.
9.	Caractère complet des soins et liens avec les autres services de santé de la reproduction: Les soins de santé maternelle ont une occasion unique de fournir aux femmes des soins complets en matière de santé de la reproduction et de s'attaquer à d'autres questions, telles que la nutrition et le MSTs.
10.	Continuité des soins et suivi: Les services de santé devraient faire partie des programmes complets comprenant les soins prénatals, l'accouchement et les soins de post-partum. Les femmes doivent être considérées comme des personnes ayant des besoins en matière de santé tout au long de leur vie.
11.	Appui aux prestataires de soins: Les prestataires de soins de santé ont besoin de l'appui économique et social de l'Etat et des communautés dans lesquelles ils travaillent.

Source: OMS, 1994

STRATEGIES Améliorer les Services

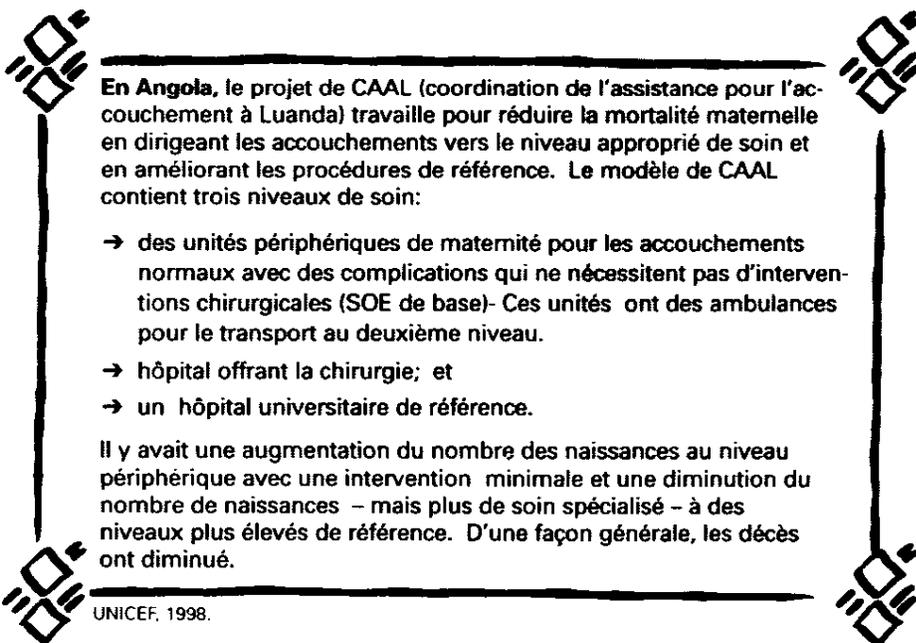
L'amélioration des services a deux composantes: améliorer l'accès aux services et la qualité des services. L'accès sera discuté dans les Sections IV, V, and VI du présent chapitre. L'amélioration de la qualité des services est présentée ci-après.

Comme cela a été mentionné précédemment, l'amélioration des services nécessite une approche multiforme. Tous les aspects de la prestation de services (par ex. : un personnel qualifié en matière d'assistance et de procédures cliniques, des systèmes d'appui tels que le système d'information sanitaire, la gestion de la logistique et la gestion générale) doivent être totalement opérationnels pour que la qualité soit garantie et maintenue.

Il faut tout d'abord un engagement général de la part du personnel de santé pour identifier le(s) problème(s) qui affecte(nt) la qualité des soins. Les domaines nécessitant des améliorations, peuvent être la connaissance, les comportements, les compétences, les systèmes ou une combinaison de ces aspects. Ensuite, le personnel doit classer par ordre de priorité les points faibles identifiés et sélectionner les solutions réalistes permettant une amélioration. Il y a plusieurs outils d'évaluation qui permettent au personnel de commencer et de maintenir un processus d'auto-amélioration.

- Client Oriented Provider Efficiency (COPE) (efficacité des pourvoyeurs orienté vers le client) mis au point par (The Association for Safe and Voluntary Contraception).
- L'analyse situationnelle développée par (Population Council).
- L'évaluation des besoins, développée par l'OMS.
- L'évaluation des besoins, développée par l'ACNM.

Les stratégies dans les domaines thèmes spécifiques qui ont besoin d'être améliorés sont présentées dans les sections suivantes.



En Angola, le projet de CAAL (coordination de l'assistance pour l'accouchement à Luanda) travaille pour réduire la mortalité maternelle en dirigeant les accouchements vers le niveau approprié de soin et en améliorant les procédures de référence. Le modèle de CAAL contient trois niveaux de soin:

- des unités périphériques de maternité pour les accouchements normaux avec des complications qui ne nécessitent pas d'interventions chirurgicales (SOE de base)- Ces unités ont des ambulances pour le transport au deuxième niveau.
- hôpital offrant la chirurgie; et
- un hôpital universitaire de référence.

Il y avait une augmentation du nombre des naissances au niveau périphérique avec une intervention minimale et une diminution du nombre de naissances – mais plus de soin spécialisé – à des niveaux plus élevés de référence. D'une façon générale, les décès ont diminué.

UNICEF, 1998.

D. Développement des Ressources Humaines (DRH)

Le développement des ressources humaines est une composante essentielle de la prestation de services visant à améliorer la qualité et, en fin de compte accroître l'utilisation des services de la santé maternelle. Le Développement des Ressources Humaines (DRH) est un concept plus large qui va au-delà de la formation. Il met l'accent sur la croissance d'un noyau de compétences qui permettent à un individu d'accroître ses possibilités et de contribuer à la réalisation de la mission générale d'une institution.

Dans cette situation, le DRH comprend: 1) la redéfinition des rôles des différents agents de santé pour maximiser l'accès aux soins et améliorer la qualité des soins; 2) la possibilité, pour les agents de santé, d'apprendre et de mettre en pratique leurs compétences, jusqu'à ce qu'ils soient compétents et sûrs d'eux, pour prendre convenablement en charge les complications obstétricales; et 3) la promotion d'un environnement favorable pour offrir des services de qualité (avec une supervision adéquate, des médicaments et du matériel).

Les problèmes courants auxquels doivent faire face les systèmes de santé des pays en développement sont:

1. l'insuffisance du personnel qualifié;
2. les affectations fréquentes du personnel formé;
3. peu de récompense pour les bonnes performances;
4. l'environnement inadéquat pour assurer les services; et
5. une supervision médiocre, irrégulière et/ou qui porte des jugements.

Le prestataire compétent est un docteur, une sage-femme, ou une infirmière qui ont participé à une série de cours. Ils sont formés pour gérer le travail et l'accouchement normal, reconnaître le début des complications maternelles et néonatales, exécuter les gestes d'adéquats en cas d'urgence, initier le traitement et superviser la référence à une formations sanitaire de niveau plus haut.

Un autre problème important qui doit être mentionné par rapport au DRH est la faible rémunération des agents de santé. Ils sont souvent peu motivés, particulièrement dans le secteur public. Cela est dû au fait que les salaires sont généralement très bas et souvent ne correspondent pas au minimum vital. Par ailleurs, il arrive qu'ils ne perçoivent pas leur salaire à temps, avec parfois des retards de plusieurs mois, ou qu'une partie de leur salaire soit engloutie par un système corrompu. En conséquence, dans bon nombre de pays, les agents de santé sont obligés de travailler également dans le secteur privé pour pouvoir vivre. Même si ce problème n'entre pas dans le cadre de ce document, les personnes chargées de la planification des programmes doivent être conscientes de cette situation et de ses effets sur la disponibilité et la qualité des services. Dans de nombreux contextes cela peut constituer l'une des contraintes majeures permettant d'améliorer la qualité des services de santé maternelle.

ROLES

Les personnes qualifiées font défaut dans les pays en voie de développement, particulièrement dans les zones rurales. Il existe une diversité de professionnels de la santé du secteur conventionnel (par exemple, les médecins et les sages-femmes) et du secteur non-conventionnel (les matrones, les médecins de villages et les guérisseurs traditionnels). Ces catégories de professionnels ont des formations, des rôles, des responsabilités et des réputations différents au sein de la communauté et auprès des femmes auxquelles ils assurent des services. Cependant, ils participent tous, d'une manière ou d'une autre, à la fourniture d'information et/ou de services aux femmes et à leurs nouveaux-nés. Dans bon nombre d'endroits, les femmes s'adressent d'abord aux praticiens traditionnels lorsque survient un problème qui doit être compris et reconnu par le secteur de santé conventionnel.

Les politiques, les règlements qui régissent les autorisations et les normes culturelles déterminent les rôles des agents de santé. Les protocoles de prestations de santé sont généralement mieux définis pour les professionnels de la santé (les infirmière par exemple) que pour les agents communautaires ou ceux qui travaillent dans le secteur non-conventionnel (les guérisseurs traditionnels). Les pays devraient définir clairement les rôles et responsabilités des différents acteurs pour appuyer leurs objectifs sans réduire l'accès aux services et pour s'assurer du maintien de la qualité.

Si nous retournons aux différents objectifs relatifs à "la promotion de la santé" et à "la réduction de la mortalité", la délimitation des rôles devient claire. Les études ont montré que les matrones n'ont pas fait preuve d'efficacité dans la réduction de la mortalité maternelle. Par conséquent, si "la réduction de la mortalité" est le seul objectif, l'intervention clé doit s'assurer que toutes les femmes accouchent avec l'assistance d'un prestataire qualifié (médecins, infirmières ou sages-femmes). Cependant, si l'objectif est de combiner "la promotion de la santé" à "la réduction de la mortalité", il y a des rôles que les matrones peuvent assumer tout en encourageant les femmes à accoucher avec l'aide d'un prestataire qualifié. Puisque le présent manuel de référence défend le point de vue selon lequel les deux objectifs sont importants, les rôles appropriés des matrones, des sages-femmes et des médecins sont examinés ci-après.

Le prestataire compétent (de préférence un docteur, une sage-femme, ou une infirmière avec une formation conventionnelle en obstétrique) a quatre responsabilités principales :

- ◆ soutenir la femme, son partenaire et la famille pendant le travail, au moment de la naissance et dans la période immédiate de post-partum;
- ◆ observer la femme pendant le travail; surveiller la condition foetale et la condition de l'enfant après la naissance;
- ◆ exécuter les interventions essentielles, en cas de besoin, y compris le perçage de la poche des eaux et l'épisiotomie; et
- ◆ évaluer les facteurs de risque, détecter les problèmes tôt et référer la femme à un niveau plus élevé de soin si nécessaire⁽⁹⁸⁾.

Nous devons lutter pour augmenter le nombre de femmes qui accouchent avec un prestataire compétent

ROLES Les matrones

Nous ne devons pas oublier que seulement environ la moitié des femmes des pays en voie de développement accouchent avec l'aide de personnes formées, dont les matrones formées, les infirmières, les sages-femmes et les médecins. Une proportion plus faible accouche avec l'assistance d'un prestataire qualifié (voir les tableaux 3.3 et 3.4). Presque 60 millions de femmes accouchent avec l'assistance de personnes non formées, d'un membre de la famille ou seule. **Par conséquent, même si nous devons nous efforcer d'accroître le recours à des prestataires formés (notamment les sages-femmes), cette transition doit être perçue comme un processus graduel et à long terme, qui se concrétisera à travers une série d'étapes séquentielles.** L'expérience a montré que, dans des pays tels que la Malaisie et le Sri Lanka, le processus de remplacement des matrones par les sages-femmes a pris 20 ans environ.

Dans de nombreux pays, les matrones constituent un lien important entre la communauté et les formations sanitaires. Même si la matrone elle-même ne peut pas prévenir les décès en cas de complication, elle peut contribuer à une maternité sans danger. Former les matrones aux pratiques d'accouchement propre et sans danger, à la prise en charge convenable du travail, à la reconnaissance rapide des signes de danger et à la connaissance des endroits où les services obstétriques sont disponibles, peuvent contribuer à la réalisation de cet objectif⁽¹³⁾.

Pendant le processus visant à remplacer les matrones par des sages-femmes, les matrones ont besoin d'appui pour s'assurer qu'il n'y a aucune défaillance pendant cette transition, surtout dans les pays où elles assistent un pourcentage important d'accouchements. Les éléments à prendre en considération lors de l'élaboration du plan de transition sont: la proportion des accouchements faits à domicile et dans les formations sanitaires; le pourcentage d'accouchement faits avec l'aide des matrones et de prestataires formés; le rôle des matrones et des sages-femmes dans ce contexte et l'existence de sages-femmes formées. Une stratégie qui permet de développer et de renforcer les relations entre les matrones, les communautés et le système de santé conventionnel contribuera à une définition plus claire des rôles et des améliorations au système de référence vers les centres de santé.

Même si les matrones ne constituent pas la formule magique pour réduire la mortalité maternelle, elles peuvent contribuer à **“la promotion de la santé”** grâce aux activités présentées ci-dessous.

- ◆ Identifier les femmes enceintes au sein de la communauté.
- ◆ Assister le personnel dans le suivi des femmes.
- ◆ Eduquer les femmes de la communauté sur la bonne alimentation et la réduction de la charge de travail.
- ◆ Encourager les couples à se préparer à l'accouchement.
- ◆ Encourager les femmes à se rendre aux consultations prénatales.
- ◆ Eduquer les femmes et les membres de leur famille sur les signes de danger pendant la grossesse et la période du post-partum.
- ◆ Eduquer et encourager les membres de la famille à conduire les femmes enceintes dans un centre de référence, en temps opportun.
- ◆ Assister les accouchements normaux.

- ◆ Pratiquer les techniques aseptiques (par ex. : accouchements propres) pour réduire les infections.
- ◆ Reconnaître les complications, connaître l'endroit où il faut référer les femmes et les accompagner à un centre de référence approprié.
- ◆ Rendre visite (à domicile) pendant les premières 24 heures pour évaluer l'état de santé de la mère et du nouveau-né.
- ◆ Fournir/distribuer/vendre des comprimés de fer, de vitamine A, des SRO, des moustiquaires, des trousse d'accouchement à domicile et/ou des conseils et du matériel de planification familiale.

ROLES Les sages-femmes

Le rôle et les types de sages-femmes varient considérablement selon les pays et le nombre de formations reçues et les services qu'elles peuvent assurer. Dans certains pays, les sage-femmes ont beaucoup de responsabilités. Par exemple, elles peuvent diriger des maternités privées (par ex.: dans de nombreuses régions d'Afrique). D'autres pays, tels que l'Inde, ont des infirmières/sages-femmes auxiliaires qui sont beaucoup moins formées et ont moins de responsabilités. Dans certains pays de l'Amérique Latine, il n'y a pas de sages-femmes conventionnelles.

Une sage-femme peut servir de premier point de référence pour une matrone au niveau communautaire. Des données provenant de l'étude Matlab révèlent que l'affectation de sages-femmes dans les villages s'est traduite par une augmentation de l'utilisation des services cliniques et une meilleure gestion des complications obstétricales⁽⁵⁶⁾. Evidemment, l'efficacité des soins effectués par les sages-femmes dans la diminution de la mortalité maternelle dépend du niveau de compétence ainsi que des infrastructures sanitaires et du système de référence.

En général, les infirmières et les sages-femmes sont les agents de santé qui sont le plus accessibles aux femmes, surtout les femmes rurales, parce qu'elles se trouvent à la périphérie du système de santé. Par ailleurs, la plupart des sages-femmes sont des femmes, et dans certaines cultures (par ex.: chez les musulmans), il est très important que ces services soient assurés par un prestataire de soins de santé de sexe féminin.

Beaucoup de sages-femmes ont obtenu des rôles plus importants et acquis du respect. Dans certains pays, ce gain de statut provient en grande partie de leur participation active à la vie de leurs associations professionnelles (par ex.: au Ghana et en Ouganda). Ces associations fournissent à leur membres du matériel, leur donnent une formation et d'autres avantages. Elles plaident également en leur faveur. Il y a de nombreux exemples où les sages-femmes ont été formées pour pourvoir à des services de qualité qui sont normalement et seulement fournis par des médecins.

Les compétences qui sauve la vie comprennent: la prévention et le contrôle de l'hémorragie, des chocs, des sépticémies, de l'éclampsie; le suivi des progrès du travail; la réanimation des nouveaux-nés; et le contrôle des complications des avortements.

- ◆ **Au Mozambique**, où il y a seulement environ 12 gynécologues/obstétriciens dans le pays, des infirmières ont été formées pour exécuter les césariennes pour les accouchements compliqués. Les résultats des césariennes ont été aussi bons que celles exécutées par des obstétriciens spécialistes.
- ◆ **En Ouganda**, les sages-femmes prescrivent des antibiotiques et pratiquent des accouchements par ventouse⁽⁵⁸⁾.
- ◆ **Au Ghana**, les sages-femmes ont été formées pour donner des soins de post-avortement, y compris l'aspiration par ventouse faite manuellement pour le traitement des avortements (provoqués) à complications et les services de planification familiale⁽⁵⁸⁾.

ROLES Les médecins

Les médecins sont généralement concentrés dans les grands centres urbains et, dans de nombreux pays, sont en majorité des hommes. Dans certains pays, seuls les obstétriciens et les gynécologues sont habilités à faire des interventions d'urgence, ce qui limite considérablement l'accès aux services de la santé maternelle, particulièrement dans les zones rurales. Dans de nombreuses régions, il est recommandé que sur le plan culturel, les services de soins maternels soient assurés par un prestataire de sexe féminin; toutefois, très peu de pays disposent de médecins de sexe féminin. Les médecins peuvent, s'ils le désirent, jouer plusieurs rôles qui permettront d'améliorer l'accès et la qualité des services de soins maternels présentés ci-après:

- ◆ Encourager la décentralisation des techniques d'urgence. Cela peut comprendre l'élargissement du rôle et de la formation des généralistes et des sages-femmes qui résident en général dans les zones rurales pour faire des interventions d'urgence.
- ◆ S'assurer de la présence des membres de la famille dans la salle d'accouchement avec la femme pendant la naissance du bébé.
- ◆ Superviser les généralistes (médecins) et les sages-femmes de manière positive.
- ◆ Mettre en place des programmes qui encouragent l'inscription des femmes dans les écoles pour la santé.
- ◆ Elaborer des protocoles appropriés pour assurer des services de qualité dans des régions dont les ressources sont limitées⁽⁵⁷⁾.

TABLEAU 5,3
DIFFÉRENCES ENTRE DES SOINS OBSTÉTRIQUES D'URGENCE (SOU) ET LES COMPÉTENCES DE SAUVETAGE DE LA VIE (CSV)

SOU	CSV
1. Chirurgie obstétricale	1. Extraction par Aspiration et Référence
2. Anesthésie	2. Anesthésie Locale et Référence
3. Traitement Médical	3. Antibiotiques IV, Sédatifs IV Référence
4. Remplacement De Sang	4. Réhydratation IV Référence
5. Procédures Manuelles	5. Abstraction manuelle du placenta Compression à deux mains

Source: OMS, 1996 et ACNM, 1995

LA FORMATION

Les médecins, y compris les obstétriciens, les pédiatres et les généralistes ainsi que les infirmiers et les sages-femmes ont besoin d'être formés à toutes les prestations relatives à la santé de la reproduction, notamment aux techniques qui permettent de sauver la vie. Les techniques nécessaires dépendent des régions, des catégories de personnel de santé et des types de services qu'ils peuvent assurer. Les techniques qui permettent de sauver la vie comprennent la prévention et la gestion de l'hémorragie (ex: accouchement assisté, délivrance manuelle du placenta), état de choc et septicémie (ex: antibiotique intraveineux), contrôler le progrès du travail (ex: partogramme), réanimation des nouveaux-nés et gestion des complications d'avortement (ex: aspiration du placenta). Dans la plupart des pays, les sages-femmes sont formées pour assurer des services obstétricaux de base et des transfusions sanguines, tandis que les césariennes sont pratiquées par les médecins, bien que cela puisse être adapté au contexte.

Les deux formations initiales (dans des institutions telles que les écoles de santé et de sages-femmes) et en cours d'emploi (sur le lieu de travail) sont nécessaires à la mise en place, au renforcement et à l'expansion de services obstétricaux de qualité. La formation initiale est nécessaire pour garantir l'institutionnalisation du système afin de s'assurer que les nouveaux prestataires acquièrent les techniques pré-requises pour prendre en charge les complications obstétricales qui mettent la vie en danger, avant qu'ils ne soient diplômés.

La formation continue en cours d'emploi, avec une supervision constructive, est nécessaire pour s'assurer que les prestataires actuels sont formés aux nouvelles techniques d'urgence et qu'ils peuvent intégrer ces techniques à leur pratique quotidienne. Des cours de recyclage contribueront également au maintien des normes en matière de qualité de soins.

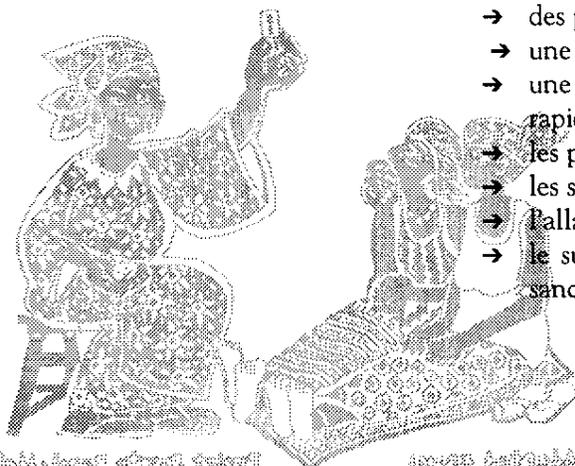
Les deux types de formation devraient être basés sur la compétence, autrement dit, le stagiaire pratique jusqu'à ce qu'il/elle démontre qu'il/elle possède les compétences requises pour accomplir, avec confiance et compétence, les procédures. Il faut, pour la pratique, des centres qui disposent d'encadreurs compétents et de suffisamment de dossiers médicaux pour s'assurer que les stagiaires ont de nombreuses occasions d'observer différents types de complications. Le nombre de procédures à mettre en œuvre varie selon les stagiaires. Ceci s'oppose à la formation par quota, qui veut que tous les stagiaires accomplissent le même nombre de procédures. L'utilisation des techniques créatives d'enseignement telles que l'apprentissage à distance avec des sages-femmes encadrées sur place, peut s'avérer appropriée dans certains endroits. La formation devrait se faire au niveau le plus bas possible (par ex. : la région ou le district pour les sages-femmes, et les villes et villages pour les matrones) pour encourager les prestataires à demeurer près de leur zone de résidence.

LA FORMATION Pour les Matrones

La formation des matrones, par des séances de courte durée, a été la plus réussie : basée sur leur propre expérience, elle associe le personnel de santé local et est organisée avec un état d'esprit neutre. Cela améliore les rapports entre les matrones et le personnel de santé au sein des centres de santé. La formation devrait être aussi participative que possible; le style cours magistral n'est pas la meilleure méthode, puisque certaines matrones peuvent être illettrées. Les activités telles que la cartographie du corps, les jeux de rôles, les simulations d'accouchement, les antécédents médicaux, le théâtre, les récits, les chansons et la danse sont des moyens utiles pour diffuser les informations d'une manière qui est facilement compréhensible et culturellement appropriée.

ACNM a un programme de formation intéressant qui met l'accent sur:

- des pratiques d'accouchement propre;
- une réduction des pratiques dangereuses;
- une identification des signes de danger avec référence rapide;
- les premiers soins obstétricaux/la référence;
- les soins adéquats aux nouveaux-nés;
- l'allaitement immédiat; et
- le suivi pendant les premières 24 heures après la naissance pour détecter les signes de danger.



Source: Feuerstein, 1993

LA FORMATION

Pour les Médecins, les Infirmières et les Sages-Femmes

Pour prendre en charge les complications obstétricales, il vaut mieux former une équipe de professionnels de la santé (les médecins et les sages-femmes) pour s'assurer qu'ils disposent des mêmes informations et maximiser l'efficacité des systèmes de référence des patients. L'OMS et l'ACNM ont élaboré des lignes directrices et des protocoles pour le traitement de complications spécifiques.

LES MEILLEURES RÉFÉRENCES

La série des "guides pratiques de l'OMS", comprenant: **Normal Delivery at the Health Center (L'accouchement normal au centre de santé)**, **Essential Obstetric Care at the First Referral level (Soins obstétricaux essentiels au premier niveau de centre de santé)**, **Post-Partum Hemorrhage (Hémorragie du post-partum)**, **Pre-eclampsia (Pré-éclampsie)**, **Clinical Complications of Abortion (Complications cliniques de l'avortement)**, **Sepsis (Septicémie)**, **Obstructed Labor (Travail obstrué)**, et **Newborn Resuscitation (Réanimation du nouveau-né)**.

Le manuel de l'ACNM intitulé: **Life Saving Skills for Midwives (Techniques permettant de sauver la vie pour les sages-femmes)**.

Le manuel de l'ACNM intitulé: **Healthy Mothers, Healthy Newborns (Mères en bonne santé, nouveaux-nés en bonne santé)**.

L'approche de l'ACNM basée sur les techniques d'urgence dépasse le cadre de la formation et suppose la participation des principaux intéressés au système de santé et des communautés. Le programme de formation basé sur les compétences a été mis en œuvre au Ghana, au Nigéria, en Ouganda, en Indonésie et en Zambie, avec quelques adaptations dans chaque pays. Les principaux thèmes de formations sont :

- le rôle de la sage-femme;
- l'évaluation des risques prénatals, y compris le traitement de l'anémie, des maladies infectieuses, les conseils sur les signes de danger, le fer et l'acide folique, le VAT;
- l'identification des signes de danger et la référence rapide;
- le suivi de l'évolution du travail, y compris les antécédents et l'utilisation du partogramme pour suivre l'évolution de la mère et du nouveau-né. (Remarque: le partogramme donne une lecture rapide et standard de l'évolution du travail, qui peut être l'changé. Il signale également très tôt les complications et permet de suivre le rythme cardiaque du fœtus);
- les épisiotomies et réparation des déchirures;
- la prévention et le traitement des hémorragies;
- la réanimation de la mère et du bébé;
- la prévention et la prise en charge des septicémies;
- l'hydratation et la déshydratation;
- l'extraction par aspiration; et
- la symphysiotomie⁽⁵⁹⁾.

E. *Éducation à la santé pour un changement de comportement*

Il est important pour les activités d'information, d'éducation et de communication (IE&C) d'accroître les connaissances; cependant, il ne s'agit que de la première étape dans le changement de comportement. L'éducation à la santé peut transmettre des messages à travers une diversité de canaux médiatiques, tels que les imprimés, les posters, la radio, la télévision, la vidéo, le théâtre, les sketches, les marionnettes, etc. Le(s) message(s) et le(s) canal(-aux) choisi(s) doit(-vent) être adapté(s) au public cible. Il est essentiel de pré-tester les messages auprès d'un échantillon de la population cible pour voir si le matériel est culturellement adapté, s'il reflète les conditions locales et si la perception du public correspond à ce à quoi on s'attendait. Par ailleurs, les approches en matière de communication doivent être testées pour s'assurer que la stratégie utilisée se traduira par le changement de comportement souhaité (par exemple, une plus grande utilisation des services de santé maternelle).

Nous reconnaissons qu'il incombe aux prestataires de soins de santé, aux communautés, aux ménages et aux femmes elles-mêmes de résoudre ce problème

Les stratégies en matière d'éducation à la santé doivent mettre l'accent sur plusieurs groupes cibles, en renforçant les messages pour créer un environnement favorable afin que les femmes et les nouveaux-nés accèdent aux soins. Les principaux groupes cibles (déterminés au niveau local) sont: les principaux décideurs au sein du ménage (les mères, les belles-mères, les maris), qui peuvent considérablement varier selon les contextes; les leaders communautaires et autres personnes influentes (le médecin du village) ainsi que les femmes. Des groupes cibles spéciaux peuvent comprendre: les adolescentes qui ne sont pas en grossesse, les nouveaux couples et primipares (les premières grossesses). Les adolescentes, notamment les primipares, sont souvent vulnérables à cause de leur:

1. immaturité physiologique qui se traduit par une forte incidence de la dystocie et des maladies dues à l'hypertension,
2. manque d'accès à une information correcte et aux services prénatals, et
3. faible pouvoir de décision.

Le personnel de santé constitue une autre audience importante. De nombreux prestataires n'ont reçu aucune formation en communication interpersonnelle, en techniques de conseil ou en matière d'utilisation adéquate du matériel IEC. **Des études ont montré qu'un très fort pourcentage de femmes n'ont pas accès aux services de santé parce que les membres du personnel soit les ignorent ou les traitent de manière inconvenante^(21, 22).** Les stratégies visant à induire les changements de comportement doivent mettre l'accent sur les changements dans les compétences des prestataires, ainsi que dans leur attitude et comportement. La formation des prestataires de soins doit inclure des cours sur la manière d'utiliser le matériel didactique de la manière la plus efficace pour promouvoir un changement de comportement chez leurs clients. Ces efforts doivent mettre l'accent sur la création d'un environnement convivial pour les mères, qui met l'accent sur la transparence, la responsabilité, et les droits du clients.

LES FEMMES DOIVENT AVOIR DES INFORMATIONS SUR:

- **LES SIGNES DE DANGER POUR LA MERE PENDANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LA PERIODE DU POST-PARTUM** (Voir Tableau 5.4).
- **LES SIGNES DE DANGER POUR LE NOUVEAU-NE** (Voir Tableaux 5.18, 5.19, 5.20).
- **LA PLANIFICATION DE LA NAISSANCE** (Voir Tableau 5.9).
- **L'IMPORTANCE DE LA PRESENCE D'UN PRESTATAIRE QUALIFIE, A L'ACCOUCHEMENT.**

F. Mobilisation Communautaire

Nous reconnaissons qu'il incombe aux prestataires de soins de santé, aux communautés, aux ménages et aux femmes elles-mêmes de résoudre ce problème. Notre rôle est de les soutenir pour qu'ils se rendent compte de leurs potentialités afin de mettre en œuvre des programmes spécifiques qui soient adaptés à leurs besoins particuliers.

Les ménages ne sont pas isolés; ils font partie de communautés qui sont souvent mal équipées pour engager les actions collectives nécessaires pour répondre à leurs besoins en santé. Les normes communautaires et les structures sociales influencent le comportement des foyers, toutefois beaucoup de questions doivent être résolues au niveau communautaire puisque ces questions nécessitent une action collective (par ex. : le transport). On peut considérer la responsabilisation de la communauté en matière de santé sous six aspects:

1. la participation des hommes et des femmes;
2. les compétences organisationnelles pour l'identification et la formulation de stratégies bien définies;
3. le développement des capacités pour la mise en œuvre et la coordination des activités;
4. une communication efficace;
5. l'appui du leadership; et
6. l'identification, la coordination et le contrôle des ressources.

Les communautés ne sont pas des entités figées; elles évoluent constamment en réponse aux changements de leur environnement. La mobilisation communautaire peut être perçue comme un processus par lequel les communautés assument un plus grand contrôle de leurs pratiques et des services de santé. Il convient de préciser que les communautés peuvent se trouver à différentes phases de développement par rapport à un aspect. Par exemple, elles peuvent être plus avancées dans les activités agricoles que dans les comportements en matière de santé.

Le processus en évolution se compose de:

- consulter la communauté sur leurs besoins;
- engager la communauté dans l'analyse du problème;
- associer la communauté à la prise de décision à tous les niveaux;
- créer la demande de services à la base;
- faciliter le contrôle des services par la communauté, grâce au suivi de la qualité desdits services et/ou la supervision du personnel de santé; et
- promouvoir l'auto-dépendance⁽⁶⁰⁾.

Les conceptions de programme, en collaboration avec les communautés, doivent prendre en compte les ressources communautaires et leur stade de développement lors de la sélection des interventions et de la planification de la mise en œuvre. Les communautés sont souvent débordées parce qu'elles reçoivent trop d'assistance sans avoir suffisamment de temps pour bien absorber et synthétiser les apports.

STRATEGIES

Mobilisation Communautaire

Les communautés ont plusieurs rôles importants à jouer dans la promotion de la santé maternelle et néonatale et particulièrement dans la prise en charge des retards dans l'accès aux soins obstétricaux. Il peut s'agir : de promouvoir des normes communautaires pour l'adoption de comportements sains ; d'améliorer le respect des régimes prescrits, tels que la consommation de fer ; de soutenir l'identification et l'enregistrement précoces de la grossesse ; de préciser les appuis sociaux qui peuvent être obtenus (par ex.: les soins infantiles).

Même s'il est impératif que des soins obstétricaux de qualité soient disponibles, si la communauté n'est pas sensibilisée à l'importance du problème et des rôles qu'elle peut jouer, la situation de la mère et du nouveau-né ne s'améliorera pas.

L'engagement politique, à travers l'appui des leaders des villages, les responsables locaux et les organisations non-gouvernementales, peut initier et soutenir l'appui communautaire à des comportements positifs. Des leaders villageois et des responsables locaux ont consacré leur temps, leur travail et leurs ressources (personnelles et publiques) à l'appui des efforts en matière de santé maternelle dans divers contextes. De nombreuses ONG ont une bonne connaissance des communautés où elles interviennent. Elles peuvent probablement apporter leur contribution grâce à des crédits peu coûteux ou servir d'intermédiaire entre les responsables de la santé et les communautés. Les stratégies spécifiques pour s'attaquer aux quatre "retards" sont examinées dans les sections suivantes.

INTERVENTIONS**Mobilisation Communautaire**

Les systèmes communautaires qui appuient l'accès aux services de santé maternelle doivent être spécifiques localement et s'occuper des principales contraintes qui entravent l'accès aux services de santé dans ce contexte. Une analyse des besoins constitue la première étape pour comprendre les croyances et les pratiques et pour identifier les ressources communautaires ainsi que les décideurs au sein des ménages dans un contexte donné. Les méthodologies participatives telles que le MARP, l'Apprentissage participatif par l'Action ou l'approche Warmi mise au point par MotherCare/Save the Children en Bolivie, peuvent dès le départ promouvoir la participation communautaire d'une frange importante des leaders d'opinion et les personnes influentes, par rapport à l'identification, la priorisation, la résolution des problèmes, la mise en œuvre et l'évaluation.

Les obstacles identifiés peuvent être très complexes et nécessiter qu'on les aborde sous plusieurs angles. La mise en œuvre doit refléter tous les aspects qui entravent l'accès aux services de santé. Par exemple, le transport peut être reconnu comme étant le principal obstacle, mais à cela il peut y avoir plusieurs raisons, telles que:

1. les difficultés saisonnières (par exemple, la mousson);
2. le comportement des transporteurs;
3. le nombre de différents types de transports pour arriver au centre de santé;
4. la criminalité ou l'insécurité;
5. le manque de routes ou leur mauvais état et/ou;
6. les mines.

III. LES FEMMES EN AGE DE PROCREER

Bien que les services de préconception soient très importants, ce document met l'accent sur les services de santé maternelle une fois que la femme est enceinte, par conséquent, cette section est limitée. Les principales interventions qui devraient être disponibles pour les femmes en âge de procréer sont: l'éducation sur la nutrition, et la supplémentation; la planification familiale pour choisir le nombre et le moment pour avoir des enfants, la prévention et le traitement des MST et les services généraux de santé pour améliorer les connaissances et la compréhension de son corps. Le Tableau 5.3 identifie les services qui doivent être disponibles pour les hommes et les femmes en âge de procréer.

LES MEILLEURES RÉFÉRENCES

Association for Voluntary and Safe Contraception. (1995). **Talking with Clients about Family Planning**. New York: AVSC.

Organisation Mondiale de la Santé. (1996). **Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use**. Genève: OMS .

Hatcher, R.A., et al. (1997). **The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff**. Baltimore, Maryland: Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health.

King, F.S. et Burgess, A. (1993). **Nutrition for Developing Countries (2e éd)**. Oxford: Oxford University Press.

AIDSCAP. (1995) **Controlling Sexually Transmitted Diseases**. Washington, DC: Family Health International.

Interventions possibles pour réduire les facteurs de risque avant la grossesse:

- ◆ Promouvoir les droits des femmes plutôt que répondre simplement à leurs besoins à travers l'éducation des femmes et des jeunes filles; la formation aux droits légaux; à la démocratie et à la négociation, et au développement de compétences en matière de commerce.
- ◆ Assurer l'éducation à la santé et le conseil pour minimiser les effets des pratiques dangereuses et maximiser les comportements bénéfiques.
- ◆ Améliorer la nutrition à travers une éducation qui fait la promotion des aliments localement disponibles, les jardins familiaux, la fortification et la supplémentation si nécessaire.
- ◆ Améliorer la condition des femmes; la responsabilisation et la prise de décision grâce à l'alphabétisation; des activités génératrices de revenus et des programmes de crédit.
- ◆ Oeuvrer pour retarder le mariage et le premier accouchement grâce à l'éducation; les activités génératrices de revenus, et/ou les interventions à caractère juridique ou politique.
- ◆ S'attaquer à la violence, aux abus et aux mutilations des organes génitaux de la femme.

TABLEAU 5.4

Les Meilleures Pratiques Actuelles PRÉCONCEPTION	
SERVICES RECOMMANDÉS	
1.	Education sur la santé/Conseil sur la reproduction.
2.	Accès aux services de PF (clinique, DBC, marketing social).
3.	Nutrition des adolescentes y compris micro-aliments (Vitamine A, fer, iode).
4.	Dépistage et traitement des MST.
5.	Mobilisation communautaire/appui.
6.	Qualité des soins.
7.	Systèmes de gestion fonctionnelle pour soutenir le références.
INTERVENTIONS À LONG-TERME	
1.	Génération de Revenu
2.	Education des Filles
3.	Responsabilisation des femmes/prise de décision.
4.	Pratiques humaines, telles que la prise en charge des mutilations des organes génitaux des femmes et du travail des enfants.

Cependant, les soins prénataux, tous seuls, ne permettent pas de prévoir les difficultés qui se présenteront au moment de l'accouchement ou dans la période du post-partum.

Les interventions possibles pour améliorer l'accès aux services de santé de reproduction de qualité:

- ◆ Assurer l'éducation à la santé et le conseil pour s'attacher aux croyances, améliorer le niveau de connaissances, garantir les choix informés et promouvoir des changements de comportement par rapport au PF et aux services des MST.
- ◆ Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de PF à travers une distribution communautaire et des services cliniques dans les secteurs publics et privés.
- ◆ Améliorer la qualité des services de santé reproductive à travers la formation des agents de santé et autres distributeurs de produits de PF, sur les techniques d'assistance et de supervision.
- ◆ Améliorer la qualité grâce à la formation des agents de santé, sur les habiletés d'assistance, la prévention et la prise en charge des syndromes des MST.

IV. LA PERIODE PRENATALE

Dans la plupart des pays, il y a des services de soins prénatals. Cependant ces services sont souvent peu utilisés parce qu'ils ne sont pas accessibles, parce que les prestataires de soins ne sont pas bien formés et/ou parce que, trop souvent, les femmes ne comprennent pas l'importance desdits services. De nombreuses femmes, notamment les adolescentes et les primipares ne reçoivent pas les soins prénatals appropriés parce qu'elles manquent d'informations; ne reconnaissent ou n'admettent leur grossesse qu'au second ou au troisième trimestre et ont en général un statut inférieur dans la famille.

Les soins prénatals peuvent constituer une excellente opportunité de développer des rapports avec le prestataire de soins. C'est une bonne occasion d'informer la femme enceinte sur: 1) l'importance d'une bonne alimentation, y compris le traitement des carences en micro-aliments, s'il y a lieu; 2) la vaccination contre le tétanos; et 3) les signes de danger; et 4) l'élaboration d'un plan pour l'accouchement en vue de faire face à une complication, si celle-ci survenait. Les femmes doivent également comprendre que les soins prénatals sont importants parce qu'ils affectent aussi le nouveau-né, notamment le faible poids de naissance, l'anémie, le paludisme et le tétanos. Les maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH et la syphilis, ont des conséquences dévastatrices sur le bébé incluant la perte du fœtus, l'avortement spontané, le décès à la naissance, la prématurité, les malformations congénitales, la syphilis congénitales et le VIH^(4,21, 22).

Cependant, les soins prénatals, tous seuls, ne peuvent pas permettre de prévoir les difficultés qui se présentent au moment de l'accouchement ou dans la période du post-partum. Par conséquent, les femmes doivent être conseillées sur les risques potentiels qu'elles courent, et il faut mettre en place un système d'évacuation pour que les complications identifiées puissent faire l'objet de traitements obstétricaux appropriés.

STRATEGIES Antenatal

Dans le passé, les soins prénatals étaient basés sur le dépistage des femmes en utilisant les "quatre trop" (trop jeune, trop âgée, trop tôt, trop nombreux) qui ont été examinés dans le chapitre trois. On a trouvé que ces paramètres ne permettent d'identifier correctement que 30 à 40 pourcent de l'ensemble des femmes enceintes qui développent des complications obstétricale(s)⁽³⁸⁾.

Des études ont montré que **TOUTES** les femmes enceintes sont exposées aux risques de mortalité et de morbidité maternelles. On **NE PEUT** ni prévoir ni prévenir les urgences obstétricales, mais on peut y faire face grâce à une détection précoce et une prise en charge appropriée^(4,6,8,20,31,43). Par conséquent, toutes les femmes enceintes devraient être averties qu'elles courent des risques de développer une complication. Le dépistage, l'identification et la référence des femmes présentant "des conditions à risques", s'ils sont indiqués, ne peuvent se faire que dans les zones qui disposent d'infrastructures capables de prendre en charge ces pathologies.

Il faut une approche à deux niveaux pour une bonne prise en charge de ce problème. Premièrement, l'accent doit être placé sur la sensibilisation des hommes, des femmes et des membres de leur famille à l'importance de la planification des naissances de l'enfant, du respect des bonnes pratiques prénatales (par exemple, fer et acide folique), de la reconnaissance des signes de danger pour la mère et le nouveau-né et de la référence rapide. Deuxièmement, il faut mener des recherches supplémentaires pour définir de meilleurs paramètres de dépistage et pour comprendre le rôle des risques sociaux dans ce processus (Voir Tableau 1.1). Les critères qui peuvent être utilisés pour suivre la grossesse de la femme, figurent dans une prochaine section.

Il est important que les soins soient assurés par un prestataire qualifié, toutefois de nombreuses composantes peuvent être mises en œuvre à travers d'autres mécanismes pour toucher une grande partie des femmes. La "démédicalisation" de certaines composantes, telles que les canaux de distribution des micro-aliments, l'éducation nutritionnelle, la planification des naissances, peuvent augmenter l'acceptabilité, favoriser la responsabilisation des communautés, réduire la charge de travail des prestataires et aboutir à la pérennité.

TABLEAU 5.5

Les Meilleures Pratiques Actuelles LA GROSSESSE		
<i>Chaque femme doit savoir qu'elle peut développer une complication liée à la grossesse, chaque fois qu'elle tombe enceinte.</i>		
<p>PLANIFICATION DE LA NAISSANCE: il faut préparer la naissance pour s'assurer que les femmes ont des grossesses sans danger et saines. Cela peut signifier qu'elle aura un accouchement propre assisté par un prestataire de soins qualifié (sage-femme, médecin). Cela signifie également que les femmes et leur famille sont en mesure d'identifier les signes de danger, connaissent les centres où il faut se rendre et la manière de se rendre à la formation sanitaire la plus proche, et peuvent mobiliser des ressources (moyen de transport, argent ou sang) pour avoir accès à ces services.</p> <p>LE DEPISTAGE: Le dépistage des complications – au lieu de l'approche "à risque" – est nécessaire pour identifier rapidement les femmes et prendre les dispositions nécessaires pour les référer en temps opportun vers le centre de santé approprié. Par ailleurs, les paramètres de dépistage actuels (les "quatre trop") doivent être affinés pour identifier les femmes susceptibles de développer des complications.</p> <p>ACCOUCHEMENTS PROPRES: Toutes les femmes ont droit à un accouchement propre (les 6 propres), à domicile ou à l'hôpital, avec l'assistance d'une personne formée. Cela suppose également : garder le bébé propre, au sec et au chaud et l'allaitement immédiat.</p> <p>LES SOINS DU POST-PARTUM: Toutes les femmes devraient être sensibilisées aux signes de danger et faire l'objet d'une surveillance étroite pendant 24 heures.</p> <p>SOINS AU NOUVEAU-NE: Les nouveaux-nés devraient faire l'objet d'une étroite surveillance pendant la première semaine, y compris, surveiller la respiration, garder le bébé propre, au sec et au chaud, l'allaitement immédiat, les soins du cordon et des yeux.</p>		
SIGNES DE DANGER POUR LA MÈRE RECHERCHER IMMÉDIATEMENT DES SOINS		
<p>GROSSESSE</p> <ul style="list-style-type: none"> Saignements Convulsions Pâleur, respiration difficile Maux de tête Visage et/out mains enflés Forte fièvre 	<p>ACCOUCHEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> Saignements abondants Convulsions Fièvre, frissons, écoulement Travail de plus de 12 h Mauvaise présentation Placenta non expulsé en 30 min 	<p>POST-PARTUM</p> <ul style="list-style-type: none"> Saignements abondants Convulsions Fièvre, frissons Pertes

TABLEAU 5.6

**Les Meilleures Pratiques Actuelles
LA GROSSESSE**

1. SOINS PRÉNATALS (SERVICES ESSENTIELS)

- ◆ Vaccination contre le Tétanos;
- ◆ Traitement de l'anémie;
- ◆ Traitement des infections dans les zones endémiques (par ex. paludisme, ankylostomiase);
- ◆ Dépistage et traitement /référence (prise en charge des syndromes) pour les MST, particulièrement la syphilis;
- ◆ Quatre visites si possible: bon dossier de santé qui identifie les complications précédentes liées à la grossesse; examen médical (fonds de l'utérus, position du fœtus); PA, surtout après 28 semaines; et le poids si possible;
- ◆ Education à la santé (nutrition, réduire la charge de travail, retour de fertilité, PF immédiat et allaitement exclusif, symptômes de MST);
- ◆ Planification de la naissance;
 - A quoi peut-on s'attendre pendant la grossesse (date d'accouchement);
 - Conseil en nutrition/encourager la réduction de la charge de travail;
 - Connaître/identifier les signes de danger pendant la grossesse; l'accouchement et le période du post-partum;
 - Choisir et utiliser un prestataire qualifié/mobiliser le matériel pour un accouchement propre;
 - Connaître/prévoir le centre de santé où se rendre et comment trouver un moyen de transport, comment mobiliser des ressources pour payer le transport, les médicaments et les services, en cas de complication;
 - Connaître l'importance de l'allaitement immédiat et réussi;
 - Connaître les signes de danger chez le nouveau-né;
 - Connaître les services de PF dans le post-partum (retour de fertilité).
- ◆ Fiche de soins prénatals.

2. SOINS PRÉNATALS (IDÉAUX MAIS PEUVENT NE PAS ÊTRE FAISABLES)

- ◆ Analyse d'urine (albumine et diabète);
- ◆ Hémoglobine/hémocrite;
- ◆ Conseil et test VIH.

3. SYSTÈME D'APPUI COMMUNAUTAIRE

- ◆ Services mobiles d'appui;
- ◆ Développer des système de transport;
- ◆ Mettre en place des programmes d'épargne et de crédit communautaires pour la santé;
- ◆ Développer un système de don de sang au niveau communautaire ;
- ◆ Minimiser les pratiques dangereuses et encourager les pratiques bénéfiques.

INTERVENTIONS

Antenatal

LES MEILLEURES RÉFÉRENCES

McDonagh, M. (1996). "Le soin Prénatal est-il effectif dans la réduction de la Morbidité et Mortalité Maternelle?" *Health Policy and Planning* 11(1):1-15.

Rooney, Cleone. (1994). *Santé Maternelle et soin Prénatal à quel Degré sont-ils Effectifs?* Geneva: WHO.

American College of Nurse-Midwives. (1996). *Mères en Bonne Santé, Nouveaux-nés en Bonne Santé.* Washington, DC: ACNM.

Les Antécédents

Dans de nombreux pays, on recueille trop d'informations, ce qui rend difficile une bonne analyse et la prise de décision. Les dossiers médicaux ne doivent contenir que les informations essentielles qui sont nécessaires pour la planification et la gestion de programme; et la prise de décision. Des mécanismes de feed-back appropriés doivent être mis en place pour s'assurer que les personnes qui rassemblent les informations y ont accès, les comprennent et peuvent les utiliser pour éclairer leurs décisions.

Les antécédents médicaux en matière de grossesse sont importants. Toutefois, cette pratique, telle qu'elle existe actuellement dans beaucoup de pays, ne permet pas de disposer d'informations importantes qui pourraient être essentielles dans le suivi de la mère et du fœtus/nouveau-né. Le dossier médical tenu à domicile est une approche qui permet la continuité dans les soins de santé en mettant l'accent sur la vie reproductive de la femme de manière globale, plutôt que sur l'issue d'une seule grossesse. Le dossier contient des informations relatives à toutes les grossesses et leur issue, et autres événements majeurs (par ex.: l'âge de la ménarche, les MST) pendant toute la vie d'une femme. Le dossier est tenu par la femme et tous les services qu'elle reçoit, de différents prestataires de soins de santé ou formations sanitaires, sont consignés en un seul endroit. Si un pays devait choisir de développer un système de dossier médical tenu à domicile, cela devrait se faire dans la langue locale et utiliser des images si possible⁽⁶¹⁾.

Le Dépistage

Même si toutes les femmes ont besoin d'être conseillées sur les risques potentiels de développer une complication, il y a certains facteurs qui peuvent indiquer des risques plus élevés. (Remarque: un pourcentage de ces femmes accouchera sans problème). Comme cela a été discuté précédemment, l'utilisation des "quatre trop" n'est pas très efficace pour le dépistage parce cette méthode classe un important pourcentage de femmes dans la catégorie "à risque" (50%). Si toutes ces femmes avaient besoin de services, les systèmes de santé seraient débordés.

Des paramètres précis, se rapportant à un contexte spécifique, doivent être définis tout en encourageant les couples à planifier leur naissance. Les prestataires de services ont besoin d'être formés pour comprendre pourquoi ces paramètres ont été retenus et pour améliorer leurs compétences en matière de diagnostic afin qu'ils puissent reconnaître et prendre en charge ces complications. Les paramètres de dépistage varient quelque peu selon les pays (voir la taille de la mère), toutefois, la liste présentée ci-après constitue probablement un bon départ dans la plupart des contextes^(8, 54).

1. Première grossesse à <15 ans ou >35 ans.
2. Première grossesse avec paludisme et hypertension.
3. Première grossesse, avec une petite taille <145 cm (peut varier).
4. Anémie (hémoglobine moins de 11 g).
5. Status vaccinal contre le tétanos.
6. Présence de maladies infectieuses (paludisme, MST).
7. Plus de 5 grossesses.
8. Mauvais antécédents obstétricaux (saignements vaginaux, infections, pré-éclampsie) ou césarienne antérieure.
9. Grossesses espacées de <2 ans.
10. Plus de 2 avortements provoqués.
11. Mauvaise présentation (présentation du siège ou transversale).
12. Grossesse multiple (jumeaux, etc.).
13. Lieu de résidence éloigné plus de 10 km du centre de santé⁽⁶²⁾.

Les autres facteurs de dépistage à prendre en compte peuvent être: la taille du pied, l'âge, l'héméralopie, le VIH et les mères célibataires sans appui social.

La littérature suggèrent avec insistance que tout facteur/critères (ex: les antécédents obstétricaux) de risques envisagés devrait être suffisamment large pour englober les différents aspects desdits risques. (ex: risques médicaux et sociaux).

En Indonésie, on a utilisé une combinaison d'indicateurs dans deux grands domaines pour définir le risque. Le premier domaine examiné a été les marqueurs de santé de la reproduction notamment les jeunes primipares (moins de 16 ans); les primipares âgées (plus de 35 ans), plus de quatre grossesses et âge supérieur à 35 ans, taille inférieure à 145 cm et les mauvais antécédents obstétricaux. La deuxième composante a été l'évaluation de la situation actuelle/complications qui englobent les saignements, la pré-éclampsie, la VAT, les maladies (anémie, tuberculose) et les mauvaises présentations.

Même avec cette approche globale, il n'y avait aucune orientation des femmes vers les sages-femmes. On a trouvé que ce système d'évaluation n'était pas suffisamment sensible et spécifique pour recommander son adoption à grande échelle. Cet exemple met en lumière l'importance de fournir des informations à toutes les femmes sur les signes de danger et de continuer à étudier les paramètres de dépistage qui peuvent être les plus efficaces⁽⁹⁷⁾.

TABLEAU 5.7
SYSTEME D'EVALUATION DES RISQUES ANTÉNATALS: JAVA ORIENTAL

	FAIBLE RISQUE	RISQUE ÉLEVÉ	RISQUE TRÈS ÉLEVÉ
Score total	2-4	6-10	12+
Code couleur	Vert	Jaune	Rouge
SPN	Oui	Oui	Oui
Référence lors de la grossesse	Aucune	Vers une sage-femme, Un Centre de Santé	Hôpital
Lieu	Chez la mère	Domicile, centre de santé	Hôpital
Accoucheur/-se	Matrone ou sage-femme	Sage-femme	Docteur

Source: Ministère de la Santé en Indonésie et soin Maternel 1995.

Pression artérielle et œdème

Quand devrait-on surveiller la pression artérielle? On prend en général la pression artérielle pour détecter un début de pré-éclampsie ou d'éclampsie (parfois appelée toxémie). Les femmes ayant des antécédents d'hypertension devraient être étroitement surveillées pendant toute leur grossesse. La pré-éclampsie et l'éclampsie sont des pathologies qui ne sont pas bien comprises, mais elles semblent plus courantes chez les primipares.

La pré-éclampsie est souvent associée avec l'élévation de la pression artérielle diastolique (le chiffre le plus bas) au dessus de 140/90 mm Hg, le gonflement généralisé (œdème) des mains et du visage, la présence de protéine dans l'urine et des réflexes hypersensibles. La pré-éclampsie peut entraîner l'éclampsie où la femme a des convulsions. Cependant, certaines femmes développent une éclampsie sans une élévation de la pression artérielle ou d'œdème. On pense qu'une pré-éclampsie survient rarement avant la 28^e semaine de gestation et certaines sources pensent: pas avant la 32^e semaine^(20, 21, 22).

Les recherches sur l'élévation de la pression artérielle diastolique ont trouvé qu'il y avait un ratio de 1:3 de faux positifs pour les femmes qui développent une pré-éclampsie. Autrement dit, si quatre femmes ont une pression artérielle élevée, seule une d'entre elles développera une pré-éclampsie alors que 3 femmes auront une pression artérielle élevée et ne développeront PAS les autres symptômes de pré-éclampsie⁽²¹⁾. La présence d'œdème généralisé et de protéine dans l'urine (albumine) a été testée, et on a également trouvé qu'elle avait une faible valeur prédictive, avec un taux de sensibilité de 49 pourcent pour la détection l'hypertension artérielle diastoliques et 35 pourcent pour l'identification de l'éclampsie⁽²¹⁾. Cela signifie que la moitié des femmes qui avaient des œdèmes et des protéines dans leur urine, souffraient également d'une élévation de la tension artérielle, alors que 51 pourcent des femmes qui présentaient ces symptômes n'en souffraient pas. On a obtenu des résultats similaires avec l'éclampsie: parmi toutes les femmes qui souffraient d'œdème et de protéinurie, seul un tiers (33%) a en fait développé une éclampsie, alors que la majorité des femmes (65%) qui présentaient ces symptômes n'ont pas développé d'éclampsie.

Bien que ces facteurs de déspitage (élévation de la pression artérielle, oedème généralisé, protéine dans l'urine, réflexes hypersensibles) ne sont pas toujours capables de détecter la pré-éclampsie et l'éclampsie, ils devraient être pris au sérieux et devraient déclencher une action prompte. Si l'un de ces symptômes se manifestent, les femmes devraient être encouragées à accoucher dans une formation sanitaire, avec l'assistance d'un prestataire qualifié.

RECOMMANDATION

L'OMS recommande que la pression artérielle soit prise tous les mois au cours du second et du troisième trimestres. Les femmes doivent faire l'objet d'un suivi étroit pour détecter le gonflement des bras et du visage (PAS des chevilles) et, là où les conditions le permettent, de rechercher la présence de protéines dans l'urine et de tester les réflexes rotuliens. Le traitement comprend le repos au lit dans un environnement et si nécessaire l'administration d'anticonvulsifs (sulfate de magnésium ou valium), d'antihypertenseur^(20, 21, 22).

Planification des naissances/préparation de la grossesse

La planification de la naissance est importante parce que, comme cela a été discuté précédemment, les possibilités de traiter les femmes et les nouveau-nés sont limitées. Le fait de réduire les quatre retards pour accéder à des services et en bénéficier, peut faire la différence entre la vie, la maladie et la mort.

Il est important d'encourager les femmes et leur famille à réfléchir aux aspects pratiques de la recherche de soins obstétricaux avant une urgence. Beaucoup de femmes ainsi que leur famille:

1. ne perçoivent pas les risques liés à l'accouchement;
2. ne connaissent pas les signes de danger;
3. ne savent pas où se rendre si un problème survient;
4. ne savent pas comment se rendre à un centre de santé.

Cette combinaison de croyances liées à l'ignorance (par ex.: le gonflement est normal), de mauvaise perception de la gravité et de manque d'informations exactes contribue de manière significative à un retard dans la reconnaissance du problème. Il s'agit de thèmes qu'il faudrait inclure dans la planification de leur accouchement (Voir Tableaux 5, 7).

La planification de la naissance est importante parce que, comme cela a été discuté précédemment, les possibilités de traiter les femmes et les nouveau-nés sont limitées.

Le fait de réduire les quatre retards pour accéder à des services et en bénéficier, peut faire la différence entre la vie, la maladie et la mort.

**TABLEAU 5.8
ELEMENTS CLES DE LA PLANIFICATION DE
L'ACCOUCHEMENT/DE LA PREPARATION A LA GROSSESSE**

Dans les situations où la prévalence de l'anémie est très élevée (40% ou plus), il est plus rentable de traiter toutes les femmes, plutôt que procéder à des dépistages, parce que le fer est très peu coûteux et le dépistage n'est souvent pas très efficace.

- ✓ Informer les femmes sur ce à quoi elles devraient s'attendre pendant la grossesse, y compris leur date prévue de l'accouchement et prendre soin d'elles-mêmes pendant la grossesse (par exemple, la nutrition et réduction de travail).
- ✓ Connaître et identifier les signes de danger pour la mère pendant la grossesse, l'accouchement, et la période de post-partum.
- ✓ Promouvoir l'importance d'avoir un prestataire compétent qui s'occupe de l'accouchement.
- ✓ Savoir à quelle formation sanitaire il faut aller si une complication surgit.
- ✓ Savoir comment se rendre à cette formation sanitaire
- ✓ Encourager le développement d'un plan pour payer (épargne/emprunt) pour ces services.
- ✓ Comprendre l'importance de l'allaitement immédiat et exclusif
- ✓ Eduquer les femmes et leurs familles pour identifier les signes de danger pour les nouveaux-nés.
- ✓ Eduquer les femmes au sujet de leur retour à la fécondité et les options de planification familiale qui leur sont disponibles .

Bien que la préparation à l'accouchement puisse se faire à l'occasion des visites prénatales, le fait que bon nombre de femmes ne bénéficient pas de soins prénatals appropriés limite son efficacité. Ces informations peuvent être communiquées à travers des groupes communautaires conventionnels et non-conventionnels qui ont un meilleur accès à la population cible et qui peuvent mieux comprendre leurs besoins. D'autres personnes ressources de la communauté telles que les maîtres d'école, les coiffeuses et les leaders religieux peuvent être formés pour aider les couples à se préparer à l'accouchement et à ses possibles complications. Le système de santé conventionnel peut transmettre des messages de renforcement (et non des messages opposés) pour promouvoir une meilleure utilisation des services. Les communautés et les ménages doivent prendre la responsabilité de s'assurer que les couples préparent l'accouchement tout en renforçant cette pratique en tant que norme communautaire, grâce à la mobilisation et à la défense de ces principes.

La nutrition

On estime que 20 à 45 pourcent des femmes en âge de procréer ne reçoivent pas les 50/kcal/kg par jour recommandés par l'OMS et, à plus forte raison les 300 calories supplémentaires nécessaires pendant la grossesse⁽⁶⁾. Les femmes sont souvent pesées pour déceler leur mauvais état nutritionnel et sont ensuite conseillées. Des conseils en matière de nutrition devraient être fournis à toutes les femmes enceintes, quel que soit leur gain de poids.

Il est souvent impossible pour les femmes d'avoir une bonne alimentation, du fait des normes sociales, des tabous culturels et du manque de nourritures ou de ressources. Cependant, une femme est souvent cataloguée comme "non compliant", si elle n'arrive pas à suivre les conseils de l'agent de santé. Si la femme n'a pas les moyens d'avoir une bonne alimentation, alors des efforts devraient être faits pour travailler avec la famille en vue de réduire sa charge de travail, de façon à réduire sa dépense en énergie.

La prise de poids appropriée pendant la grossesse est très importante pour le bébé et dans une moindre mesure pour la mère. Les femmes qui ont un faible poids avant la grossesse et une prise de poids insuffisante pendant la grossesse, courent le plus de risques d'accoucher d'un enfant de faible poids. La combinaison de la réduction de la dépense en énergie et de l'augmentation de la consommation en calories est la stratégie la plus efficace pour augmenter le poids de naissance^(21, 26).

Les micro-aliments tels que le fer, l'acide folique, la vitamine A et l'iode sont particulièrement importants pour une grossesse saine. Toutes les femmes devraient être encouragées à avoir une alimentation aussi équilibrée que possible, afin qu'elles se constituent des réserves nutritionnelles suffisantes avant de tomber enceintes. Le Tableau 5.9 présente le dosage recommandé pour la supplémentation en micronutriments, en cas de carence.

LES MEILLEURES RÉFÉRENCES

King, F.S. and Burgess, A. (1993). **Nutrition for Developing Countries (2nd ed)**. Oxford: Oxford University Press.

Baker, J. et al. (1996). **The Time to Act: Women's Nutrition and Its Consequences for Child Survival and Reproductive Health in Africa**. Washington, DC: Academy for Educational Development.

Organisation Mondiale de la santé. (1998). **Safe Vitamin A Dosage During Pregnancy and Lactation**. Genève: OMS.

Fer: *L'anémie maternelle (Hg inférieur à 11g/dl) affecte environ 500 millions de femmes.* La carence en fer réduit la capacité à combattre les infections et cause l'anémie. L'anémie a souvent plusieurs causes, mais les principales causes sont : une alimentation inadéquate, une faible absorption de fer et une perte en fer. D'autres carences en micro-aliments tels que l'acide folique, les vitamines A et C contribuent aussi à l'anémie. Lorsque ces nutriments sont disponibles en quantités suffisantes, ils améliorent l'absorption de fer. Dans de nombreuses zones, le paludisme et l'ankylostomiase sont les principales causes de l'anémie. Les programmes de traitements devraient également être mis en œuvre pour s'attaquer aux causes de l'anémie^(20, 24, 25).

Dans les situations où la prévalence de l'anémie est très élevée (40% ou plus), il est plus rentable de traiter toutes les femmes, plutôt que procéder à des dépistages, parce que le fer est très peu coûteux et le dépistage n'est souvent pas très efficace. Par exemple, le dépistage de la pâleur, l'examen du fond de la paupière inférieure, de la conjonctive, des paumes et du lit des ongles sont utiles pour la détection de l'anémie sévère (hémoglobine inférieure à 7 g). Cependant, les études ont démontré que ces examens ne sont pas très efficaces dans l'identification des anémies bénignes et parfois modérées. Cela est important parce que les régimes de traitement sont basés sur la sévérité de l'anémie⁽²⁴⁾.

Dans beaucoup de pays en développement, il se peut que le dépistage de la pâleur soit le seul outil disponible, mais il convient de comprendre ses limites. Il est essentiel d'identifier les femmes souffrant d'une anémie sévère pour s'assurer qu'elles soient référées et traitées, correctement mais cela n'est pas aussi vital pour les femmes qui souffrent d'une anémie bénigne.

Il y a dans la littérature un débat sur le fait de donner aux femmes des doses hebdomadaires de fer au lieu d'une dose quotidienne pour corriger l'anémie. D'après une revue de la littérature, il semble qu'il serait un peu prématuré de modifier les pratiques actuelles qui consistent à donner une dose hebdomadaire de fer jusqu'à ce que des recherches supplémentaires soient menées⁽²⁹⁾.

**TABLEAU 5.9
SUPPLEMENTATION EN MICRO-ALIMENTS**

MICRONUTRIMENT	FEMME EN AGE DE PROCREER	PÉRIODE PRÉNATALE	PÉRIODE DU POST-PARTUM
Fer - Anémie bénigne ⁽¹⁾ (Hg moins de 11 g)	60 mg	60 mg (90-100 compr.)	60 mg
Fer - Anémie Modérée/Elevée ⁽¹⁾ (Hg gamme of 7-10 gm)	120 mg	120 mg	120 mg
Fer - Anémie Sévère ⁽¹⁾ (Hg moins de 7gm)	120 mg	180 mg pendant 4 semaine puis 120 mg	120 mg
Acide folique Anémie ⁽¹⁾ bénigne	250 mcg	250 mcg	250 mcg
Acide folique Anémie modérée/élevée ⁽¹⁾	500 mcg	500 mcg	500 mcg
Acide folique Anémie sévère ⁽¹⁾	500 mcg	750 mcg pendant 4 semaines puis 500 mcg	500 mcg
Vitamine A ⁽²⁾ Carence	Complément pour les femmes avec CVA Ne dépasse pas 10,000 UI par jour	Complément pour les femmes avec CVA seulement Ne dépasse pas 10,000 UI par jour	200,000 UI en dose unique le 1er mois
Calcium ⁽³⁾	1,200 mg	1,200 mg	1,200 mg
Zinc ⁽³⁾ Carence	12 mg	15 mg	19 mg
Iode ⁽⁴⁾ Carence	400-960 mg	100-300 mg (huile)	100-300 mg (huile)

Source: (1) OMS, 1995, (2), OMS, 1998 (3) Soins de la Mère, 1997, (4) OMS, 1996 (IM): intramusculaire; (IU): unités internationales (MU): million d'unités, (mcg) microgramme, (mg) milligramme; CVA - carence en Vitamine A

178

A la lumière des données disponibles, les experts ont déterminé qu'il n'y avait aucun risque tératogénique à donner un complément de 10.000 UI par jour aux femmes souffrant de carence en vitamine A.

RECOMMANDATION POUR LE FER

Il est recommandé à toutes les femmes de consommer des quantités adéquates d'aliments riches en fer. Le fer se trouve dans deux types d'aliments: ceux qui contiennent de l'hématine et ceux qui n'en contiennent pas. Les aliments qui contiennent de l'hématine apportent plus de fer facilement digestible: les bonnes sources sont la viande rouge et les abats. Les aliments sans hématine ne contiennent pas autant de fer que les aliments qui en ont, mais si elles sont bien combinées, elles peuvent apporter suffisamment de fer. Les bonnes sources sans hématine comprennent: les légumes à feuilles vertes, les mélasses, les jaunes d'œufs, les fruits et légumes secs. L'augmentation de la valeur nutritive des grains avec du fer (par ex.: les céréales, le pain) peut également constituer une stratégie dans certains endroits.

L'OMS recommande que toutes les femmes enceintes reçoivent 60 mg de fer élémentaire avec 250 microgrammes d'acide folique pendant les deuxième et troisième trimestres. Si une femme est anémique, ou vit dans une zone endémique, alors elle devrait prendre 120 mg de fer par jour et de l'acide folique pendant la même période^(8, 29).

La Vitamine A est très importante pour l'entretien et le fonctionnement des tissus corporels, pour la croissance et le développement; et pour renforcer le système immunitaire. Pendant la grossesse, le fœtus se sert des réserves en vitamine A de la mère pour sa propre croissance. Même si le besoin en vitamine A pendant la grossesse n'est pas très important, dans les pays où la Carence en Vitamine A (CVA) est endémique, les femmes ont besoin de complément⁽⁶⁰⁾. Si on diagnostique une CVA chez 1 pourcent de la population des enfants de moins de 5 ans, la prévalence est considérée comme élevée, indiquant un problème important⁽⁶⁰⁾.

La CVA semble prévaloir chez les femmes enceintes surtout pendant le troisième trimestre, et elle est associée à une alimentation généralement pauvre, à la malnutrition protéino-calorique (MPC), à l'anémie et à des taux élevés de maladies infectieuses. Ces femmes présentent souvent différents niveaux d'héméralopie (càd : incapable de voir dans la pénombre), qui est facile à traiter avec des compléments en vitamine A.

Il y a, chez les femmes enceintes infectées par le VIH en Afrique, des preuves indiquant des carences en Vitamine A. Au Malawi, le faible niveau de Vitamine A est associé à une augmentation de la transmission verticale du VIH, de la mère au nouveau-né, ainsi qu'à une mortalité infantile plus élevée, à un faible poids de naissance et à une mortalité maternelle plus importante. Au Kenya, des chercheurs ont découvert que les femmes séropositives qui allaitent et qui ont une CVA sévère, étaient plus susceptibles d'avoir des cellules infectées par le VIH dans leur lait⁽⁶²⁾.

Ces résultats ne sont pas suffisants pour établir un lien causal entre le CVA et la transmission du VIH. Même si cela semble plausible, les résultats obtenus récemment n'ont pas montré que le traitement par les compléments en vitamine A réduisent la transmission verticale du VIH aux nouveaux-nés. Une étude récente réalisée en Tanzanie, et qui a consisté à donner de la Vitamine A à un groupe de mères séropositives et un complexe de Vitamine B à un autre groupe, a montré qu'il n'y avait aucune différence dans la transmission mère-enfant dans le groupe qui a reçu de la Vitamine A. Il y avait cependant, une réduction dans le groupe qui a reçu la Vitamine B⁽⁶³⁾. **Il faut mener plus de recherches pour comprendre les liens entre la CVA, la transmission du VIH et la mortalité.** Ces résultats indiquent en fait que la CVA augmente la possibilité d'un mauvais résultat d'une issue fâcheuse pour la mère et pour l'enfant.

Il y a deux raisons pour donner un complément pendant la grossesse: 1) pour traiter la CVA et; 2) pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Premièrement, il est très important de traiter la CVA et ses symptômes tels que l'héméralopie; ce point de vue est bien défendu dans la littérature. Deuxièmement, quelques études préliminaires indiquent que la vitamine A peut réduire de manière significative la mortalité maternelle et néonatale. Des compléments en Vitamine A chez une femme qui n'est pas enceinte a abouti à des augmentations de l'hémoglobine et à une réduction des infections. Au Népal et en Indonésie, des études, qui ont consisté à donner des compléments de Vitamine A à des femmes enceintes, ont abouti au même résultat.

Les compléments de vitamine donnés pendant la grossesse ont suscité des inquiétudes, du fait de leur potentiel de tératogénicité (la capacité à causer des anomalies à la naissance). Une carence sévère en vitamine A et la toxicité de cette vitamine peuvent provoquer des anomalies à la naissance chez les animaux et sont associées aux problèmes en matière de reproduction. Cependant, des résultats similaires ont été bien documentés chez les humains. Une étude réalisée aux Etats-Unis a démontré que les femmes ayant une consommation totale de 15.000 UI ou les femmes qui consomment un supplément supérieur à 10.000 UI couraient plus de risques d'avoir des bébés anormaux. Cela ne semble être le cas que dans les endroits où les femmes consomment régulièrement des quantités adéquates de vitamine A⁽³⁶⁾.

En Juin 1996, l'OMS a organisé une réunion sur "le dosage sans danger de la vitamine A pendant la grossesse et pendant les six mois qui suivent la naissance". A la lumière des données disponibles, les experts ont déterminé qu'il n'y avait aucun risque tératogénique à donner un complément de 10.000 UI par jour aux femmes souffrant de CVA. Même si le supplément hebdomadaire de 25.000 UI donné aux femmes qui ne consomment généralement pas suffisamment de vitamine A, ne comporte aucun danger, les experts pensent qu'il n'est pas indiqué de constituer des réserves maternelles pendant la grossesse; il faut donc s'en tenir à la recommandation de 10.000 UI par jour. Après avoir étudié les données, le comité a conclu que des doses de 10.000 à 15.000 UI ne permettent pas la production des métabolites d'acide rétinolique qui provoque la tératogénicité. Certaines anomalies à la naissances ont été notées avec des doses quotidiennes de 30.000 UI ou plus, notamment si les compléments ont a été donnés des le premier trimestre⁽³⁶⁾.

Le comité a conclu ce qui suit :

- dans les situations où prévaut la CVA, il est recommandé de donner un supplément en vitamine A de 10.000 UI au cours du deuxième ou troisième trimestre;
- dans les situations où la consommation des femmes correspond à la quantité recommandée (8.000 IU), il n'y a pas de raison de donner un supplément supérieur à 8.000 UI; et
- dans les situations où les femmes consomment habituellement plus que la dose recommandée (8.000 IU), il n'y a pas de raison de donner une supplémentation. En fait, les suppléments pourraient être dangereux pour cette population.

Enfin, le groupe a appuyé les recommandations de l'OMS qui consiste à donner aux femmes, dans la période du post-partum, une forte dose unique de 200.000 UI au cours du premier mois qui suit l'accouchement pour augmenter les réserves maternelles et néonatales^(4, 36).

Comme cela a été mentionné ci-dessus, l'une des raisons pour lesquelles les femmes reçoivent un supplément de nutriments pendant la grossesse est de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Il existe peu d'études avec des données préliminaires qui font état d'une réduction significative de la mortalité maternelle et infantile (surtout due à une réduction de l'anémie et des infections, ainsi que d'une augmentation du poids de naissance) lorsqu'on donne de faibles doses de vitamine A à des femmes enceintes vivant dans les situations où la CVA est élevée^(71,72). **Même si les résultats de recherche actuelle semblent prometteurs en ce qui concerne ce type de complément, d'autres études seront nécessaires avant que les programmes ne puissent se poursuivre sur une grande échelle.**

RECOMMANDATIONS POUR LA VITAMINE A

Il est recommandé que toutes les femmes consomment des quantités adéquates d'aliments riches en vitamine A et en fer, ni trop grandes ni trop petites. Les sources de vitamines A sont: les légumes à feuilles, les fruits et les légumes tels que les mangues, les papayes, les courges, les pastèques mûres, les carottes, les patates douces, les abricots et les cantaloups, ainsi que la margarine, les œufs et autres produits laitiers.

Dans les situations où il existe une carence en Vitamine A, l'OMS recommande un complément en vitamine A de 10.000 UIs. Dans les situations où il n'existe pas de carence, l'avantage du complément n'a pas été démontré. **AUCUNE FEMME ENCEINTE NE DEVRAIT JAMAIS RECEVOIR UN SUPPLEMENT EN VITAMINE A SUPERIEUR A 10.000 UI PAR JOUR**⁽³⁶⁾.

L'OMS a également recommandé que les femmes reçoivent, dans la période du post-partum, 200.000 UI en dose unique, en vue de la reconstitution des réserves de la mère et de l'enfant^(4,36).

L'iode est nécessaire au bon développement physique et mental du fœtus. La carence en iode augmente les chances de fausses couches, les décès à la naissance et les naissances prématurées. Un bébé né d'une mère souffrant d'une carence en iode est plus sujet au retard mental, au crétinisme et à une mauvaise coordination musculaire. Environ 250 millions de femmes souffrent des effets de la carence en iode et presque un tiers des Africains (181 millions) vivent dans des zones où il y a une forte carence en iode⁽⁴⁾.

L'iodisation du sel est le moyen optimal pour corriger la carence en iode et il devrait constituer la principale méthode pour prévenir et lutter contre les troubles dus à la carence en iode. La dose recommandée pour les femmes enceintes et allaitantes est de 200 mcg/jour. En 1996, l'OMS a accueilli un panel d'experts pour voir si le fait de donner de l'huile iodée aux femmes enceintes qui souffrent de troubles dus à la carence en iode, ne comporte pas de risque. La conclusion de ce comité était la suivante: pour la prévention et la lutte contre les troubles modérés et sévères dus à la carence en iode, l'administration de l'huile iodée est sans danger à n'importe quel moment de la grossesse⁽³⁹⁾ (Voir Tableau 5.8).

**Il est
recommandé que
les femmes
prennent au
moins un kilo par
mois dans les
deux derniers
trimestres de la
grossesse.**

RECOMMANDATION POUR L'IODE

Il est recommandé que toutes les femmes consomment la quantité adéquate d'iode, que l'on trouve naturellement dans les poissons de mer. On ajoute de l'iode à beaucoup de produits (le sel, l'eau, etc.) pour éviter les carences. En cas de carence en iode, on peut traiter les femmes enceintes avec de l'huile iodée, sans aucun risque^(8, 73).

Les Programmes Généraux sur les Micro-aliments

Dans les situations où les compléments sont nécessaires, les problèmes se posent habituellement dans deux domaines : la distribution et le respect des prescriptions. Pour améliorer les programmes de micro-aliments, il convient d'adopter une double approche: - améliorer la distribution et l'accès aux produits grâce aux systèmes de santé et du secteur privé et accroître la demande et la motivation à respecter les prescriptions. Ces activités peuvent comprendre:

1. le travail sur la logistique relativement à la passation des commandes, le stockage, la distribution et la gestion des stocks, à travers le secteur public et/ou le secteur privé;
2. l'accès élargi aux produits et à l'information grâce à la distribution à base communautaire (propriétaire de dépôts, marketing social) et les magasins du secteur privé (pharmacies, coiffeuses, tailleurs);
3. l'amélioration des attitudes et des croyances sur l'importance des compléments en micro-aliments de manière à responsabiliser les femmes afin qu'elles puissent voir les avantages pour elles-mêmes et pour leurs enfants; et
4. améliorer les connaissances des femmes pour qu'elles puissent comprendre l'importance des régimes et agir en conséquences.

La valeur nutritive de certains aliments peuvent être améliorée avec des micro-aliments (fer et iode). Cela peut se faire au niveau local, mais en général, il est plus économique de le faire là où il y a des unités de transformation alimentaire d'une denrée de première nécessité (moulin, huilerie, mine de sel). Les programmes d'amélioration de la valeur nutritive comprennent:

1. l'ajout de micro-aliments aux produits alimentaires;
2. le suivi de la qualité en s'assurant que le micro-aliment est en quantité suffisante pour maintenir le taux dans le sang;
3. l'application de la législation pour appuyer les produits dont la valeur nutritive a été améliorée;
4. la mise en œuvre d'une campagne d'éducation à la santé pour sensibiliser la population et augmenter la demande pour ce produit.

Les indicateurs anthropométriques

Les indicateurs anthropométriques (le poids, la taille, la périmètre brachial, le rapport taille/poids et l'index de masse corporelle) permettent de détecter les femmes ayant des problèmes nutritionnels; cependant, ils peuvent ne pas révéler les causes. Les causes peuvent être: une consommation insuffisante d'aliments énergétiques, une carence spécifique en nutriment, une trop grande dépense d'énergie; des maladies endémiques telles que le paludisme ou l'ankylostomiase. Le Tableau 5.10 présente les indicateurs ainsi que leurs paramètres.

Le Poids de la Mère: est probablement la manière la plus facile et l'indicateur le plus fiable pour contrôler le poids de la mère durant la grossesse. Une prise de poids appropriée pendant la grossesse est très importante pour les résultats du nouveau-né et dans une moindre mesure la mère. Les femmes qui ont un poids faible avant la grossesse et ne prennent pas suffisamment de poids pendant la grossesse courent le plus de risques d'accoucher de bébés de petit poids à la naissance.

Il est recommandé que les femmes prennent au moins un kilo par mois dans les deux derniers trimestres de la grossesse. Cependant, la prise de poids optimale varie selon le niveau nutritionnel de la femme au début de la grossesse. Les femmes qui ont un faible poids avant la grossesse devront prendre plus de poids au cours de leur grossesse (parfois jusqu'à 18 kg) pour compenser les risques d'accoucher d'un bébé de petit poids à la naissance^(4,22,26,66).

**TABLEAU 5.10
LES INDICATEURS ANTHROPOMETRIQUES**

INDICATEUR	SUIVI ⁽¹⁾	PARAMETRE LIMITE ⁽²⁾	COMMENTAIRES
Poids de la Mère	1kg par mois	N/A	Facile à Mesurer
Taille de la Mère	N/A	150-140 cm	Relativement facile à mesurer mais ne change pas.
Poids par rapport à la taille	N/A	150 cm et 40 kg	Plus difficile à mesurer
Périmètre brachial	N/A	22,5 cm	Facile mais des erreurs de mesures et change lentement.
Index de la masse corporelle (IMC)	N/A	18,5	Difficile à mesurer

Source: Bulletin de l'OMS, 1996.

(1) **Suivi:** indicateurs rassemblés régulièrement parce qu'ils changent sur des périodes courtes.

(2) **Paramètre limite:** Ne change pas aussi rapidement mais peut être utile dans la détermination de l'état et des risques nutritionnel

Là où cela est faisable, le gain de poids devrait être suivi tous les mois ; toutefois cela est difficile dans de nombreuses régions du monde en voie de développement. Lorsque la fréquentation des consultations prénatales est faible mais celles des services pour les enfants est élevée, est possible de connaître les poids des femmes avant leur grossesse, lorsqu'il celles-ci amènent leurs enfants pour les vaccinations. Bien qu'il s'agisse d'une perspective à plus long terme, qui aura des implications sur la manière dont les services pour enfants sont assurés, elle peut constituer une approche pour identifier les femmes qui sont exposées à des risques nutritionnels. Par conséquent, les interventions devraient être conçues et mises en œuvre avant que la femme ne tombe enceinte. **Une autre approche consiste à prendre deux mesures, à un mois d'intervalle, pendant le deuxième et le troisième trimestres. Des études ont montré que cette méthode a une valeur prédictive positive sur l'issue de la grossesse et est peut être beaucoup plus faisable que de peser les femmes tous les mois⁽⁶⁶⁾.**

Si une femme arrive en consultation dans le cinquième, le sixième ou le septième mois, elle devrait être pesée même si on ne connaît pas son poids avant la grossesse. Elle devrait être renseignée sur les façons d'augmenter sa consommation de nourriture et de diminuer sa charge de travail. Si la femme ne vient en consultation que pendant le huitième ou le neuvième mois, elle devrait quand même être pesée le périmètre brachial pris. On devrait l'encourager à augmenter sa consommation alimentaire et à réduire sa charge de travail, mais les interventions nutritionnelles ne feront probablement pas une grande différence à ce stade.

RECOMMANDATION POUR LA PRISE DE POIDS DURANT LA GROSSESSE

L'OMS recommande que le gain de poids pour les femmes du monde en voie de développement se situe entre 5-9 kg, ou 1 kg par mois au cours du second et du troisième trimestres. Les facteurs les plus importants qui affectent l'issue de la grossesse sont: 1) le poids de la femme avant la grossesse, 2) la prise de poids pendant la grossesse, et 3) la charge de travail ou la dépense d'énergie^(4,22, 26).

La Taille de la Mère: est en général utilisée comme un indicateur de dystocie obstruée ou de travail prolongé, mais il ne s'agit pas d'un bon indicateur du poids du bébé à la naissance. Des tailles spécifiques devraient être fixées par pays pour prédire les risques de disproportion céphalo-pelvienne (remarque: la fourchette se situera probablement entre 140 – 150cm), mais la taille ne peut être utilisée comme instrument de suivi pendant la grossesse⁽⁶⁶⁾.

Il y a
approximativement
500.000
nourrissons qui
sont séropositifs et
qui ont été infectés
soit de manière
périnatale ou par
le lait.

Le périmètre brachial: Le périmètre brachial est une très petite mesure et ne change pas rapidement. Par exemple, les femmes peuvent prendre plusieurs kilogrammes avant que le diamètre de leur bras ne change. Les erreurs de mesure sont plutôt courantes et peuvent biaiser les données. Le périmètre brachial peut être utile pour identifier les femmes sous-alimentées (moins de 22,5 cm) qui ont besoin d'un suivi particulier, mais il ne s'agit pas d'un bon indicateur de suivi⁽⁶⁶⁾. Il faudrait probablement considérer que ces femmes courent le risque d'accoucher d'un bébé de faible poids à la naissance et programmer le suivi adéquat.

La Taille par rapport au poids des mères: La taille par rapport au poids est un indicateur plus spécifique et il est souvent difficile à mesurer dans le monde en voie de développement. Il peut constituer un paramètre limite pour identifier les femmes qui sont sous-alimentées, mais ce n'est probablement pas pratique à utiliser dans beaucoup d'endroits, à moins que des paramètres n'existent déjà. Par exemple, en Asie du sud, il est recommandé ce qui suit: si une femme mesure 140-150 cm et pèse moins de 40 kilos, elle court un plus grand risque d'accoucher d'un bébé de faible poids⁽⁶⁶⁾.

L'index de la masse corporelle: (poids en kg/taille en mètres carrés) est étroitement associé au poids par rapport à la taille. Il n'est pas pratique à recueillir pour les agents de terrain travaillant pour les programmes de prestation de services à cause de la nature mathématique compliquée de l'indicateur. Il est généralement admis qu'un index de masse corporelle de 18,5 ou moins indique une carence chronique d'énergie chez la mère; cependant, cela reste à être validé par rapport à l'issue de la grossesse pour le bébé. Cela peut être utile dans l'identification des femmes sous-alimentées⁽⁶⁶⁾.

Dépistage des Maladies Spéciales

LES MEILLEURES RÉFÉRENCES

AIDSCAP (1996): **Control of Sexually Transmitted Infections.**
(Lutte contre les infections sexuellement transmissibles).
Washington DC: Family Health International.

Les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)

Chaque année, 333 millions d'hommes et de femmes en âge de procréer contractent des maladies sexuellement transmissibles (MST)⁽²⁷⁾. Le dépistage des MST est important pour améliorer l'état sanitaire de la femme et prévenir les effets dévastateurs sur le nouveau-né, y compris le faible poids du bébé à la naissance, la mort à la naissance, la prématurité, la syphilis congénitale, les troubles oculaires, le VIH et la mort.

Les services chargés du dépistage, du diagnostic et du traitement des femmes souffrant d'MST sont plutôt peu développés dans la plupart des pays. De nombreux services relatifs aux MST sont assurés par des formations sanitaires différentes et le personnel chargé des soins néonataux peut ne pas être formé pour assurer ce service. Par ailleurs, les femmes sont souvent asymptomatiques, ce qui rend le diagnostic plus difficile, en particulier à cause du fait que le monde en voie de développement a très peu de laboratoires.

Le test du Reactive Plasma Reagents (RPR) est disponible depuis des années, mais son usage dans les cliniques prénatales n'est pas très répandu. Dans des zones où la fréquentation des consultations prénatales est faible, ce test est difficile à introduire. Cela est particulièrement vrai dans les situations où la majorité des services de soins prénataux (par ex.: les cliniques satellites) sont assurés à travers des services mobiles ou au niveau du poste de santé. Partout où cela est possible, le RPR ainsi que le dépistage des autres MST, devraient faire partie des paquets de services prénataux. La blennorragie et le chlamydia existent aussi dans beaucoup de pays en voie de développement; donc, le dépistage devrait être également fait. Cependant, il est plus difficile de détecter ces infections puisqu'il n'existe pas de bons tests rapides pour diagnostiquer leur présence⁽⁶⁷⁾.

La où il n'y a pas d'équipements de laboratoire, on peut avoir recours à une approche basée sur le syndrome en matière de prise en charge des MST. Cette approche nécessite la détection d'un syndrome – les signes et les symptômes associés à un agent étiologique bien défini. Cette approche s'appuie sur un diagramme clinique (algorithme) pour guider un diagnostic pas à pas et le traitement des diverses maladies. Son principal inconvénient est qu'elle est basée sur les symptômes, et beaucoup de gens, notamment les femmes sont asymptomatiques, rendant le diagnostic difficile à cause du manque d'équipements de laboratoire. Cependant, dans beaucoup de pays en voie de développement, cette approche peut constituer la meilleure option⁽⁶⁷⁾.

Les femmes ont besoin d'être informées sur l'utilisation des préservatifs, surtout dans les zones à forte prévalence des MST, pour réduire le taux de réinfection. Le personnel doit être bien formé pour identifier les symptômes et procéder à la prise en charge adéquate. Les services doivent avoir suffisamment de stocks d'antibiotiques pour traiter les clients. Des systèmes de suivi et de notification du partenaire doivent également être fonctionnels pour bien traiter les deux partenaires, afin de réduire les taux de réinfection.

Dans de nombreuses situations, les liens entre les services prénataux et les autres structures qui assurent le dépistage et le traitement doivent être renforcés. Les services au niveau du poste de santé comprennent souvent l'éducation sur les modes de transmission des MST, les manières de se protéger, l'identification des symptômes, l'orientation vers un centre de santé, et les effets des MST sur le nouveau-né. Au centre de santé, ces services seront renforcés par le test de la syphilis, la blennorragie et le chlamydia, la notification et le traitement du partenaire.

La sélection des régimes de médicaments (Voir Tableau 5.11) varie quelque peu selon le contexte et doit être basée sur:

1. les types et la prévalence des MST;
2. la disponibilité et la capacité des services de santé;
3. le niveau de compétence du personnel de santé; et
4. la situation socio-économique.

**TABLEAU 5.11
LES PROTOCOLES DE TRAITEMENTS PRÉFÉRÉS POUR LES FEMMES ET LES NOUVEAUX-NÉS**

MALADIE	CIPROFLOXACINE	CEFTRIAZONE	PENICILLINE	TETRACYCLINE	DOXYCYCLINE
La Syphilis Maternelle	NA	NA	2.4 MU IM Benzathine Or 1.2 MU de procaïne	NA	NA
Blennorragie	500mg p. os.	250 mg IM	NA	NA	NA
Chlamydia Maternelle	NA	NA	NA	500 mg p.os. 4x jour pendt 7 jours	500 mg p.os. 4x jour pendt 7 jours
Conjonctivite néonatale	NA	50mg/kg IM	NA	Collyre à 1% pendant 10 jours	NA
Syphilis Congénitale	NA	NA	50,000 U de procaïne	NA	NA

Source: Family Health International, 1996.

MU = million d'unités; UI = Unités Internationales; vo: voie orale; mg: milligramme; mcg: microgrammes.

Le VIH

A la fin de 1997, il y avait environ 30 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde, dont 45 pourcent étaient des femmes et le pourcentage le plus élevé des nouveaux cas se retrouve chez les jeunes, âgés de 15-24 ans. Par ailleurs, la majorité de ces jeunes ne savent pas s'ils sont séropositifs ou non(21). Il y a approximativement 500.000 nourrissons qui sont séropositifs et qui ont été infectés soit de manière périnatale ou par le lait maternel. Des études indiquent qu'environ 30 pourcent des nourrissons qui sont nés de mères séropositives deviendront séropositifs après 6 mois. La majorité de ces femmes (20%) sont infectées pendant la grossesse ou à l'accouchement alors que 14 pourcent des nourrissons le sont à travers le lait^(27,68).

Alors que le conseil et le test du VIH sont importants, notamment dans les pays à forte prévalence, cela n'est pas souvent faisable. Le système de santé peut ne pas être équipé pour assurer ces services et les femmes peuvent ne pas vouloir connaître leur état. Dans les pays à forte prévalence du HIV tels que l'Ouganda, on voudra probablement conseiller et tester toutes les femmes enceintes. Même si c'est le but visé, cela peut avoir de nombreuses implications sur les besoins du programme, y compris le nombre d'agents nécessaires pour assurer des services de conseil et de test, les systèmes nécessaires pour garantir une quantité adéquate de médicaments, la demande pour des systèmes d'information exacts pour suivre ces femmes et leurs partenaires ainsi que le coût général.

RECOMMANDATION POUR LE DEPISTAGE DU VIH PENDANT LA GROSSESSE

L'OMS recommande que des services de conseils et de test soient offerts aux femmes enceintes présentant les caractéristiques ci-après:

- ◆ Des symptômes indiquant une infection par le VIH (perte de poids inexplicée, diarrhée chronique, fièvres intermittentes ou persistantes, toux persistante, glandes gonflées, inflammation de la bouche (muguet), sueurs nocturnes, fatigue et dermatite généralisée).
- ◆ Antécédents en matière d'utilisation de drogue en intraveineuse.
- ◆ Partenaire ou enfant présentant des symptômes du VIH ou du SIDA.
- ◆ Antécédents ou présence des MST.
- ◆ Antécédents de prostitution en échange d'argent, de drogues ou d'autres faveurs.
- ◆ Antécédents en matière de relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples.
- ◆ Antécédents en matière de bisexualité.
- ◆ Antécédents en matière de transfusion sanguine.

Source: OMS, 1994.

Une fois que la femme enceinte apprend qu'elle est séropositive, il faudrait lui fournir des conseils adéquats pour qu'elle puisse faire un choix avisé concernant la poursuite de sa grossesse et les façons de prévenir la transmission du virus aux autres. Il faut l'orienter de manière à ce qu'elle bénéficie également d'un soutien social également. Elle devrait bien percevoir les risques pour son enfant et devrait recevoir des informations sur les risques de transmission du HIV par l'allaitement et les risques potentiels d'autres morbidités néonatales si elle choisit de ne pas allaiter⁽⁴⁾.

La politique de l'UNAIDS, de l'UNICEF et de l'OMS stipule que "si on sait qu'une femme est séropositive, on devrait lui conseiller de ne pas allaiter à cause du risque accru pour son enfant"⁽⁶⁸⁾. Cependant, dans beaucoup de pays en voie de développement, les femmes ne connaissent pas leur état VIH et ne bénéficient ni de conseils ni de tests, de sorte qu'il est difficile de les mettre en garde contre l'allaitement. Par ailleurs, les alternatives sans risque à l'allaitement peuvent ne pas être disponibles ou abordables dans bon nombre de pays.

Auparavant, si une femme enceinte était séropositive, il n'y avait aucune intervention pour réduire la transmission verticale du VIH à son enfant. Des essais cliniques en Thaïlande et en Tanzanie ont découvert que la zidovudine administrée à partir de la 36 – 40e semaine de grossesse et pendant l'accouchement a réduit la transmission mère enfant de 50 pour-cent⁽⁶⁹⁾. Cependant, il y a de nombreuses implications qui doivent être prises en compte avant d'administrer ce traitement à grande échelle et d'autres études doivent être menées. Chaque pays devra déterminer sa politique en fonction des conditions locales et des nouveaux résultats de la recherche.

Premièrement, ce régime nécessite que les femmes se rendent aux consultations prénatales tôt afin qu'on puisse bien les conseiller et les tester avant la 36e semaine de gestation, lorsqu'elles commenceront leur protocole de traitement. Deuxièmement, ce régime est plutôt rigide, avec deux doses (300 mg chacune) par jour pendant quatre semaines (36-40e semaine de gestation) et des examens hebdomadaires. La zidovudine est administrée toutes les trois heures à partir du déclenchement du travail jusqu'à l'accouchement. L'une des raisons pour lesquelles cela a fonctionné aussi bien en Thaïlande, est le taux élevé de fréquentation des centres de soins prénatals et l'accouchement dans des formations sanitaires avec l'assistance de prestataires qualifiés. Bien que ces résultats soient importants, ces pathologies ne se retrouvent pas dans beaucoup de pays en voie de développement et cela peut rendre la mise en œuvre difficile⁽⁶⁹⁾.

Troisièmement, il y a les préoccupations d'ordre éthique par rapport à cette pratique. Est-ce que ce sont uniquement les femmes enceintes qui recevront la zidovudine, alors que les femmes qui ne sont pas enceintes ou les hommes pourraient aussi bénéficier de ce régime? Ne va-t-on rien donner aux femmes une fois qu'elles auront accompli leurs fonctions de reproduction. On pourrait arguer que les femmes devraient recevoir de la zidovudine pendant et après leur grossesse si cela pouvait augmenter leur espérance de vie, ainsi elles pourront mieux s'occuper de l'enfant.

Quatrièmement, son coût est toujours assez élevé (environ 100\$ par traitement), même avec les réductions faites par les compagnies pharmaceutiques. Une étude récente de rentabilité a comparé le coût du traitement à la zidovudine pour réduire la transmission mère-enfant, avec le coût de la prévention d'un cas de VIH. Les résultats indiquent que dans les zones à forte prévalence du VIH (au-dessus de 7%), la zidovudine pourrait être plus rentable que certaines des stratégies de prévention ; on a découvert, cependant, qu'elle n'était pas rentable dans les zones à faible prévalence⁽⁷⁰⁾.

Toutes les femmes ont droit à un accouchement propre, que ce soit à domicile ou dans une formation sanitaire, au soutien de leur famille et à l'assistance d'un prestataire

RECOMMANDATION

Lorsque cela est possible, il faudrait encourager les femmes séropositives à accoucher dans une formation sanitaire avec l'assistance d'un prestataire qualifié. Il serait probablement bon de demander à la femme d'amener des gants pour s'assurer que le bébé et l'agent de santé soient protégés, au cas où l'institution n'en dispose pas.

Si l'accouchement a lieu à domicile, la femme et le prestataire devraient être informés de manière à minimiser le contact avec le sang de la mère. Les prestataires de service devraient utiliser des gants, couvrir toutes plaies ouvertes, se laver les mains immédiatement avant et après le contact avec le sang et les sécrétions, et idéalement l'aspiration mécanique devrait être remplacée par celle faite avec la bouche⁽⁸⁾.

Les linges pleins de sang ou de sécrétions doivent être lavés à l'eau chaude et au savon. Les déchets solides, tels que les pansements pleins de sang et le placenta devraient être brûlés ou enterrés dans des endroits non exposés⁽⁸⁾.

Le Paludisme

Le paludisme affaiblit l'état nutritionnel de la femme et détruit les globules rouges, provoquant une anémie sévère. La résistance au paludisme, développée pendant l'enfance, commence à diminuer autour de la 14^e semaine de grossesse de la femme et cette diminution est prononcée pendant la première grossesse, et dans une moindre mesure, la deuxième grossesse^(4,20).

En Afrique, environ 22 millions de femmes enceintes vivent dans des zones où le paludisme est endémique. Dans la plupart de ces zones, le paludisme résiste à la chloroquine. On pense que cette maladie contribue pour 5-10 pourcent des décès néonataux associés au faible poids de naissance. En Afrique de l'est, des études ont montré que le Sulfadoxine-pyriméthamine (SP) (par ex.: le Fansidar et le Co-trimoxazole) est efficace pour le traitement des femmes enceintes, avec une augmentation du niveau d'hémoglobine et du poids de naissance⁽⁷¹⁾.

Une dose au second trimestre et une autre au troisième trimestre a augmenté de manière significative l'hémoglobine ainsi que le poids à la naissance. Cependant, les femmes séropositives au VIH ont besoin de trois doses au moins pour que le médicament soit efficace. On a découvert que ce régime (SP) était très rentable⁽⁷¹⁾.

Pour des raisons de programme, plusieurs MSP (par ex. : au Malawi et au Kenya) ont changé leur politique et stipulé que toutes les femmes enceintes devraient recevoir une dose par mois, pour s'assurer qu'elles reçoivent une dose efficace qui attaque le paludisme placentaire, qui est la principale cause du faible poids de naissance. Certains ministères ont eu du mal à élaborer des politiques qui précisent que le traitement contre le paludisme ne doit concerner que les premières et les secondes grossesses parce qu'ils ne veulent pas traiter les femmes différemment en fonction de leur parité.

CONSEIL

Il semble y avoir un consensus sur le fait que les femmes enceintes, vivant dans les zones endémiques, devraient être traitées contre le paludisme. Dans les zones où la maladie résiste à la chloroquine, des études ont montré que la SP est sans danger et efficace lorsqu'elle est administrée à des doses appropriées aux femmes enceintes. Cependant chaque situation est unique, et les traitements antipaludéens spécifiques pour les femmes enceintes devraient se baser sur le type de paludisme, les niveaux de résistance, la politique du gouvernement, et la sensibilité et la disponibilité du médicament ⁽⁷¹⁾.

Hépatites virales

Les hépatites virales sont une importante cause de décès chez les femmes enceintes du Nigéria, du Malawi, du Sénégal, de l'Éthiopie et de l'Inde, et devrait faire l'objet d'un suivi étroit dans ces pays. Cette maladie survient surtout chez les femmes sous alimentées. Malheureusement, il n'y a aucun vrai traitement pour les femmes, mais les **nouveaux-nés** devraient être vaccinés contre l'hépatite B le plus tôt possible après leur naissance.

L'ankylostomiase.

Les ankylostomes, qui sont des vers, pénètrent par la peau, notamment par les pieds ou peuvent être ingérés à travers l'eau contaminée. Ils se fixent sur la paroi intestinale et provoquent des saignements importants qui entraînent l'anémie. L'infection par les ankylostomes se retrouve surtout dans les zones rurales où l'agriculture constitue le principal moyen d'existence. Même si l'hygiène seule permet de lutter contre les infections par les ankylostomes, il faut beaucoup de temps pour voir les résultats de cette intervention. Une épidémie d'ankylostomiase peut être rapidement maîtrisée par le traitement massif des personnes vivant dans les zones très affectées^(20, 72).

Des changements systémiques associés à des améliorations des conditions de vie semblent avoir eu des effets positifs, tels qu'une meilleure hygiène, l'utilisation de latrines, les adductions d'eau et un drainage efficace. La conception des maisons est peut être très importante, en terme d'emplacement des sources d'eau par rapport aux latrines et aux abris pour les animaux. L'amélioration de la prospérité est également associée à une diminution du fumier et une augmentation des engrais.

RECOMMANDATION

L'OMS recommande que les femmes enceintes soient traitées contre l'ankylostomiase avec une dose d'antihelminthique par voie orale (par ex.: mebendazole ou pyrantel) dans les zones où les infections sont endémiques (20-30% de prévalence). Les antihelminthiques peuvent être administrés sans risque aux femmes APRES le premier trimestre. La meilleure approche pour réduire l'infection par l'ankylostomiase dans une communauté, est d'avoir une combinaison de traitement régulier, de meilleures pratiques hygiéniques et d'éducation à la santé^(20, 72).

V. L'ACCOUCHEMENT

Comme cela a été mentionné dans le présent chapitre, une fois que la femme tombe enceinte et connaît des complications, il y a quatre "retards" qui contribuent et/ou qui causent la mortalité maternelle et néonatale, aggravant souvent la sévérité de la morbidité:

- *Retard #1: Retard dans la reconnaissance du problème;*
- *Retard #2: Retard dans la décision de rechercher des soins;*
- *Retard #3: Retard à arriver au centre de santé;*
- *Retard #4: Retard dans le traitement au centre de santé⁽¹⁴⁾.*

STRATÉGIES L'Accouchement normal

Les personnes chargées de la planification des programmes et celles chargées de leur mise en œuvre doivent trouver un équilibre entre l'amélioration des soins pour les accouchements normaux et ceux à complications. Le renforcement de la capacité de ceux qui assistent traditionnellement aux accouchements normaux, peut les aider à identifier les signes de danger et à diriger le patient vers une structure de la santé⁽¹³⁾.

Les Accouchements Normaux

La grossesse est une période spéciale, qu'il s'agisse d'un accouchement normal ou d'un accouchement à complication. Les membres de la famille et le personnel de santé devraient apporter leur soutien à la femme dans ce processus et n'intervenir que si cela est nécessaire. Toutes les femmes ont droit à un accouchement propre, que ce soit à domicile ou dans une formation sanitaire, au soutien de leur famille et à l'assistance d'un prestataire qualifié. Des études montrent que l'amélioration des pratiques aseptiques des prestataires réduit de manière significative les infections maternelles et néonatales. A domicile, l'accent devrait être mis sur les six propres, alors qu'au niveau des formations sanitaires, l'accent devrait être placé sur les pratiques adéquates en matière de prévention des infections ainsi que sur les soins aux nouveaux-nés, ce qui sera discuté plus loin. Les stratégies varient selon le lieu de l'accouchement et le type d'assistance disponible pendant l'accouchement (Voir Tableau 5.12 pour les signes de danger).

Les Accouchements à Complications**Retard #1: La Reconnaissance du Problème**

Même si les informations sur les signes de danger sont importantes, l'objectif visé est de favoriser l'adoption de comportement sain par les femmes, les foyers, les communautés, le personnel de santé et les formations sanitaires. Le changement de comportement est un processus complexe et progressif. Les stratégies de communication doivent fournir des informations aux femmes sur la reconnaissance des signes de danger, les endroits où les femmes peuvent aller pour bénéficier de services et la manière de se rendre à une structure sanitaire à temps pour que l'issue soit favorable.

Des messages adaptés doivent cibler les décideurs au sein du ménage, la communauté en général et les prestataires de soins de santé, afin qu'ils aident les femmes à adopter ces pratiques saines et à rechercher des services en temps opportun (Voir la section sur l'éducation à la santé).

Retard #2: La Prise de Décision

La prise de décision comprend une série de processus complexes avec de nombreuses autorisations nécessaires de la part de différentes personnes avant qu'une action ne soit engagée. Dans bon nombre de cultures, les femmes ont peu ou pas de pouvoir pour influencer les processus de prise de décision qui influencent les comportements en matière de recherche de santé. Les stratégies permettant d'accroître la participation des femmes à la prise de décision comprennent: la promotion de la communication au sein du couple; l'encouragement de l'éducation des jeunes filles et des femmes; la formation sur les techniques de négociation.

Il faudrait encourager toutes les femmes à accoucher avec un prestataire de soins qualifié (par ex.: une infirmière, une sage-femme ou un médecin), soit à domicile soit dans une formation sanitaire.

Retard #3: Arriver au centre de santé

Les systèmes communautaires qui supportent l'accès aux services maternels de santé doivent être particuliers à un lieu donné et s'attaquer aux contraintes qui réduisent l'accès aux services de soins de santé de cette localité. Il y a trois principaux obstacles à l'accès aux services de santé:

1. la mauvaise communication;
2. les mauvaises infrastructures et le manque de moyens de transport; et
3. le manque de ressources.

La solution à ces obstacles varie considérablement selon les situations. Par exemple: dans une zone, la communication peut constituer la solution au manque de transport ou bien les ressources peuvent permettre d'accéder au moyen de transport. Il est clair que le(s) système(s) ne sera (-ont) pas performant(s), à moins que la communauté ne soit associée à la définition des problèmes et des solutions.

Retard # 4: Recevoir un traitement de qualité

Comme il a été mentionné, l'amélioration de l'accès à la qualité des services de santé maternelle doit être le fruit d'un effort collectif. Il y a beaucoup de composantes interdépendantes qui doivent fonctionner de manière simultanée, pour assurer des services de qualité. Les systèmes de santé peuvent:

1. avoir un nombre insuffisant de formations sanitaires pour fournir des soins selon les recommandations internationales;
2. avoir un nombre suffisant d'agents et de centre de santé, mais mal répartis, laissant des franges de la population non couvertes; ou
3. avoir un nombre suffisant de formations sanitaires, mais qui ne disposent pas d'un personnel et d'équipements en quantité suffisante (Voir Tableau 5.12 pour les services recommandés et le nombre de formations sanitaires).

Les stratégies pour améliorer la qualité des services de soins obstétricaux sont:

1. l'amélioration des compétences cliniques et interpersonnelles des agents de la santé;
2. renforcer les systèmes de gestion et d'information;
3. l'amélioration du système logistique des médicaments; et
4. l'amélioration des systèmes logistiques et des infrastructures physiques (Voir la section traitant de l'amélioration des services).

TABLEAU 5.12

<p align="center">Structures sanitaires pratiquant des soins obstétricaux d'urgence complets une structure pour 500.000 personnes</p>	 <p>Hôpital de district Médecins, sages-femmes, para-médical et le personnel administratif</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pratiquer une opération chirurgicale sous anesthésie générale. ◆ Procéder à une extraction assistée (par ex.: D&C) du placenta non expulsé. ◆ Procéder à une extraction manuelle du placenta/morceaux de placenta. ◆ Pratiquer la délivrance assistée (naissance par ventouse et accouchement au forceps). ◆ Fournir du sang. ◆ Administrer des antibiotiques par voie parentérale (IV ou IM). ◆ Administrer des sédatifs par voie parentérale (IV ou IM). ◆ Administrer les ocytociques (IV ou IM) par voie parentérale. 	 <p>Centre de santé Médecins et/ou sages-femmes, para-médical et le personnel administratif</p>
<p align="center">Structures sanitaires pratiquant des soins obstétricaux d'urgence de base quatre structures pour 500.000 personnes</p>	 <p>Village/niveau communautaire Personnel de la santé avec moins de formation, ATs, chefs locaux, groupes de femmes, agents Communautaires familles</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Procéder à une extraction manuelle du placenta/morceaux de placenta. ◆ Pratiquer la délivrance vaginale (par ex.: la naissance par ventouse). ◆ Administrer des antibiotiques, sédatifs (valium, sulfate de magnésium) et ocytociques (ergométrine, pitocine) IM ou IV et solutés en IV. 	
<p align="center">Les premiers soins obstétricaux dans la communauté</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Massage utérin/points de compression digitale de l'artère ◆ Peut administrer des ocytociques (ergométrine) sublingual/nasal/IM ◆ Donner des Sels de Réhydratation Orale 	

Source: UNICEF, 1997

L'une des approches consiste à examiner les cas de décès maternels; le cas de celles qui l'ont "échappé belle" (les femmes qui ont failli mourir), et les cas de décès néonataux. (Remarque: pour chaque décès maternel, il y a environ 40 mères qui ont failli mourir). Le recours à des audits médicaux ou la revue des cas peut constituer une stratégie efficace pour évaluer les performances et s'assurer de l'amélioration des complications obstétricales. Cependant, pour être efficaces, ces actions doivent être menées dans "un esprit d'apprentissage pour améliorer les soins" et non dans un esprit d'accusation et de réprobation.

TABLEAU 5.13

Les Meilleures Pratiques ACCOUCHEMENT/PRISE EN CHARGE DE L'ISSUE DE LA GROSSESSE	
ACCOUCHEMENT NORMAL A DOMICILE	
→	Avoir recours à des personnes formées/des pratiques d'accouchement propre (6 propres)
→	Minimiser les pratiques dangereuses et encourager les pratiques bénéfiques
→	Allaitement immédiat**
→	Soins adéquats au nouveau-né (respiration, tenir au chaud et au sec, soins du cordon ombilical et des yeux).
ACCOUCHEMENT A COMPLICATIONS	
→	Minimiser les pratiques dangereuses et encourager les pratiques bénéfiques
→	Identification, à temps, des complications (saignements, fièvre, travail de plus de 8 heures, gonflement généralisé, fièvre) et recherche rapide de soins
→	Mobilisation rapide des ressources (par ex. : argent, transport et don de sang)
→	Premiers soins obstétricaux au niveau communautaire (la compression à deux mains, SRO, les ocytociques nasals/sublinguaux)
→	Existence des SOU fonctionnels (par ex. : médicaments, matériel médical et équipement en quantité suffisante, personnel formé, système d'information sur la gestion et la supervision)
Services obstétricaux de base (centres de santé)	
✓	les solutés en IV, les antibiotiques, les anticonvulsants, les ocytociques
✓	Extraction manuelle du placenta non expulsé
✓	Délivrance vaginale assistée (par ex.: forceps)
Services Obstétricaux complets (dont les hôpitaux de base)	
✓	La transfusion sanguine
✓	Chirurgie/anesthésie (par ex.: D&C ou césarienne)
→	Accès au services SOU de qualité
✓	Choix avisé en ce qui concerne les procédures/traitements
✓	Intimité lors de l'examen, pratiqué idéalement par une femme
✓	Traitement une heure au moins après admission
✓	Centres conviviaux pour les femmes avec des services 24/24 h
✓	Référence et suivi des femmes avec des complications après leur sortie.
→	Allaitement immédiat
→	Soins adéquats au nouveau-né (respiration, tenir au chaud et au sec, soins du cordon ombilical et des yeux).
** Il faudrait conseiller les femmes, qui savent qu'elles sont séropositives au VIH, sur les risques potentiels de transmission par le lait maternel, et décider si elles veulent allaiter et rechercher, si nécessaire, les alternatives qui conviennent.	

INTERVENTIONS**L'Accouchement**

Cette section est divisée en deux parties: les accouchements normaux et les accouchements à complications. Le Tableau 5.12 décrit les meilleures pratiques relatives aux interventions dans ces deux domaines pendant l'accouchement.

L'accouchement Normal

L'accouchement comprend trois étapes de travail et l'évacuation du placenta.

La Première Étape Les signes du commencement du travail sont des contractions régulières, effacement et/ou dilatation du cervix, perte de liquide amniotique et des pertes sanglantes. La rupture des membranes est habituellement un signe que le processus de naissance a commencé. Le partogramme peut aider une sage-femme à évaluer le progrès du travail et à identifier quand les interventions sont nécessaires.

La Deuxième Étape Cette étape dure habituellement environ une heure mais il n'y a aucun délai fixe. Le commencement de cette étape n'est pas toujours facile à identifier, mais est habituellement marqué par ce qui suit: les femmes sentent le besoin de pousser, habituellement il y a pleine dilatation du cervix.

La Troisième Étape Ceci est l'étape où le placenta se sépare. Les risques principaux sont l'atonie utérine (doux, ne se contractant pas) et la rétention du placenta, qui mène à l'hémorragie postpartum ou à la perte de sang de plus de 500 ml. La gestion active de cette étape de travail inclut l'administration d'ocytocine, clampage et coupage du cordon tôt et une pression légère sur le cordon est recommandée. L'OMS coordonne actuellement des essais pour évaluer les avantages des injections d'ocytocine par rapport l'administration par voie orale de la prostaglandine. Cette dernière peut être faite par les agents de la santé de niveau inférieur⁽⁹⁸⁾.

Pendant l'accouchement la femme devrait s'assurer de la présence des membres de la famille qui peuvent lui apporter un soutien psychologique et physique. De préférence, la femme devrait avoir recours à l'assistance d'un prestataire qualifié pendant l'accouchement, mais dans bon nombre de pays en voie de développement cela n'est pas possible. Les pratiques qui accélèrent l'évolution du travail ne devraient être mises en œuvre que par le personnel qualifié, avec un suivi adéquat. Dans certains pays, on donne des tisanes qui contiennent naturellement des ocytociques qui peuvent compromettre l'issue de l'accouchement. Dans de nombreux pays, les pratiques brutales telles que: masser violemment l'abdomen, retourner ou tirer vigoureusement le bébé, encourager les femmes à pousser avant que le col ne soit complètement dilaté, mettent la femme et le nouveau né en danger.

Les accouchements propres ont des conséquences sur la mère et sur le bébé. Toutes les femmes ont le droit d'avoir un accouchement propre, que ce soit à domicile ou dans une formation sanitaire (Voir Tableau 5.13). Les pratiques traditionnelles qui consistent à introduire des corps étrangers dans le vagin doivent être découragées. Le lavement correct des mains, l'utilisation de gants et la bonne stérilisation des instruments et des équipements sont nécessaires dans toutes les formations sanitaires. La distribution de trousse d'accouchement sans danger peut se faire à travers les centres de santé; les groupes communautaires ou le marketing social. La partie la plus importante de ce processus consiste à établir ces pratiques, afin que les femmes accouchent dans un environnement propre et qu'elles se chargent elles-mêmes, en fin de compte, de l'obtention de ce matériel pour garantir un accouchement propre.

TABLEAU 5.14
ACCOUchements PROPRES: LES "SIX PROPRES"

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Une surface propre ✓ Une ficelle propre pour attacher le cordon ✓ Un accoucheur avec des mains propres ✓ Une lame propre pour couper le cordon ✓ Un pagne propre pour envelopper le bébé ✓ Un pagne propre pour la mère
--

Source: OMS 1996

Il faudrait encourager toutes les femmes à accoucher avec un prestataire de soins qualifié (par ex.: une infirmière, une sage-femme ou un médecin), soit à domicile soit dans une formation sanitaire. L'allaitement du nouveau-né est discuté dans la section suivante.

Les Accouchements à Complications

Les quatre "retards" déjà discutés ont lieu, que les complications surviennent pendant l'accouchement ou pendant la période du post-partum, et les interventions seraient similaires (Voir Tableau 5.11). Pour éviter de reprendre cette discussion, les retards seront discutés dans cette section. Les retards ont également un impact sur les comportements en matière de recherche de soins de santé pour le nouveau-né; comportements qui seront discutés dans la section consacrée au nouveau-né.

Retard #1: Reconnaissance: les interventions possibles pour réduire les retards dans la reconnaissance du problème.

Bon nombre d'hommes et de femmes considèrent non seulement l'accouchement, mais aussi la morbidité et la mortalité résultant de complications, comme normaux ou relevant de la volonté de Dieu. Ces croyances doivent être discutées avec les hommes et les femmes en vue de comprendre leur origine. Au cours de ce processus, les membres de la communauté peuvent discuter des croyances pendant que les agents de santé leur communiquent les actions qu'ils peuvent entreprendre pour que leurs femmes, leur filles et leurs bébés puissent survivre.

Comme cela a été décrit dans la section traitant de l'éducation à la santé, les stratégies de communication doivent comprendre et refléter les croyances, les attitudes et les pratiques du public cible pour influencer les changements de comportement. Un échantillon de femmes, de décideurs clés (les maris, les mères), les leaders communautaires et les autres personnes influentes (les matrones) au niveau local doivent être associés et ciblés au moyen de messages appropriés pour créer un environnement permettant aux femmes d'avoir accès aux soins.

Retard #2: Prise de décision: les interventions possibles pour s'attaquer aux retards dans la recherche de soins.

Les gens tardent à se décider à rechercher des soins pour plusieurs raisons. Certaines sont sociales ou traditionnelles, telles que la valeur des femmes dans la société ou les croyances en la médecine traditionnelle. D'autres sont économiques, telles que le manque de ressources financières pour payer le moyen de transport ou les services. Enfin, dans beaucoup de pays, même si la matrone ou le prestataire de soins suggère l'évacuation d'une femme, la famille refuse souvent parce qu'ils n'ont pas confiance dans les centres de santé ou en son personnel pour la fourniture de soins de qualité.

Les interventions permettant de s'attaquer à ces retards dans la prise de décision doivent être doubles, en vue de: 1) l'amélioration de la capacité des femmes à participer aux processus de prise de décision; et 2) la création, par les décideurs actuels, d'un environnement qui encourage les gens à décider de rechercher des soins.

Puisque les autres membres de la famille jouent un rôle important dans la prise de décision, qui varie considérablement selon les régions, il est essentiel qu'ils soient informés. Les messages doivent mettre l'accent sur: la reconnaissance des signes de danger, la compréhension de l'importance d'agir rapidement, la connaissance de la façon de se rendre aux centres de santé et la disposition de ressources pour payer les services. Il est important d'avoir des connaissances, mais cela ne suffit pas; des dispositions doivent être prises (préparation de la naissance) afin qu'on puisse rapidement les mettre en œuvre, si nécessaire.

Les interventions directes pour responsabiliser les femmes comprennent la formation des couples à la communication, les techniques de négociations, le plaidoyer, le leadership et le renforcement des groupements féminins.

L'importance des hommes dans la communauté doit être reconnue. Les stratégies pour utiliser les groupes d'hommes existants en vue de les cibler avec des messages de communication peuvent être efficaces. Cependant, les programmes doivent s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une approche verticale. Les hommes doivent être pleinement associés au "processus d'éducation et de responsabilisation" dans la communauté. Selon le contexte, les questions à discuter avec les hommes peuvent inclure les suivantes:

Le principe des premiers soins obstétricaux est de prendre des mesures immédiates qui peuvent stabiliser la femme et qui n'aggravent pas le mal.

1. qui accompagnera la femme au centre de santé;
2. qui prendra soins des enfants lorsque la femme est "en travail" et si elle a besoin d'aller à l'hôpital;
3. et s'il n'y a qu'un prestataire de sexe masculin; et
4. la permission du mari pour voyager s'il n'est pas là à temps.

Les interventions qui appuient la création et le renforcement d'un réseau existant sont bénéfiques parce qu'elles offrent une occasion de discuter, de préconiser des changements et d'améliorer l'efficacité du système de référence entre la communauté et les structures sanitaires. L'amélioration des liens entre les agents de santé, les leaders communautaires, les matrones, les médecins de village et le secteur privé peut encourager les pratiques en matière de recherche de santé. Cela peut être facilité grâce: 1) à des réunions régulières du comité de santé; 2) à l'utilisation du personnel de santé pour la formation des matrones et des agents de santé communautaires; 3) à la visite de l'hôpital par les matrones, les membres de la famille et/ou les femmes enceintes, avant l'accouchement; et 4) au développement d'un plan d'action qui précise les rôles et les contributions des différentes parties. Par ailleurs, bon nombre de pratiques communautaires ne sont pas néfastes (par ex, la position accroupie pour accoucher) et elles peuvent être appuyées par les formations sanitaires, améliorant ainsi la confiance et encourageant l'utilisation de tels services.



LA VIE AU VILLAGE

Un des leaders villageois avait une belle fille. Avant son accouchement, cette fille a souffert de douleurs pendant presque toute une journée, et personne ne s'est inquiété parce que les gens pensaient que c'était normal. Quelques heures plus tard, les villageois ont appelé le médecin du village, mais il n'a pas pu soulager sa douleur. Finalement, le père décida d'amener sa fille à l'hôpital. Il eut du mal à trouver un conducteur de pousse-pousse pour la transporter. Après un long voyage, ils arrivèrent à l'hôpital, mais le bébé était mort-né. L'utérus de sa fille s'est rompu et il fallut pratiquer une hystérectomie. Maintenant son mari a pris une seconde épouse et elle est une paria parce qu'elle est stérile. Avec l'assistance de CARE, cet homme a initié un fonds communautaire pour le transport – tous les leaders villageois ont contribué financièrement – et un comité pour accompagner les femmes à l'hôpital. Cette communauté a décidé de prendre des mesures pour s'assurer que cela n'arrive à aucune autre femme de la communauté. L'homme a déclaré que s'il avait su, il serait allé à l'hôpital plus tôt.



CARE Bangladesh Safe Motherhood Project

Retard #3: Accès: Les interventions possibles pour diminuer les retards pour arriver au centre de santé.

Amener les femmes au centre de santé le plus proche est une tâche ardue dans beaucoup de pays. Les femmes ont souvent besoin d'emprunter différents modes de transport pour arriver à la structure pour la santé. Beaucoup de villages ne disposent pas de systèmes adéquats pour trouver un moyen de transport, payer les services ou informer le personnel de santé qu'il y a un problème. Les transporteurs refusent souvent de transporter des femmes et s'ils acceptent ils leur font payer des sommes exorbitantes. Les retards peuvent survenir à n'importe lequel de ces niveaux.

Ce qui suit constitue des interventions potentielles pour s'attaquer à ces retards.

- Améliorer la communication et les relations entre les familles, les communautés et les agents de la santé;
- Améliorer la capacité des familles à payer les services grâce à l'épargne personnelle et à des crédits communautaires peu coûteux;
- Améliorer les systèmes de transport en travaillant avec les communautés locales. Les transports doivent être abordables et disponibles 24/24 h. Les transporteurs doivent connaître l'emplacement du centre de santé approprié;
- Former les matrones et les membres de la communauté en premiers soins obstétricaux afin de stabiliser les femmes jusqu'à ce qu'elles reçoivent des soins médicaux;
- Réduire le besoin en transport d'urgence en créant des centres d'attente pour les femmes; et
- Améliorer les connaissances de la communauté quant au centre de santé approprié et à la manière d'avoir accès à ses services.

LEÇONS RELATIVES AUX SYSTÈMES DE COMMUNICATION/DE TRANSPORT

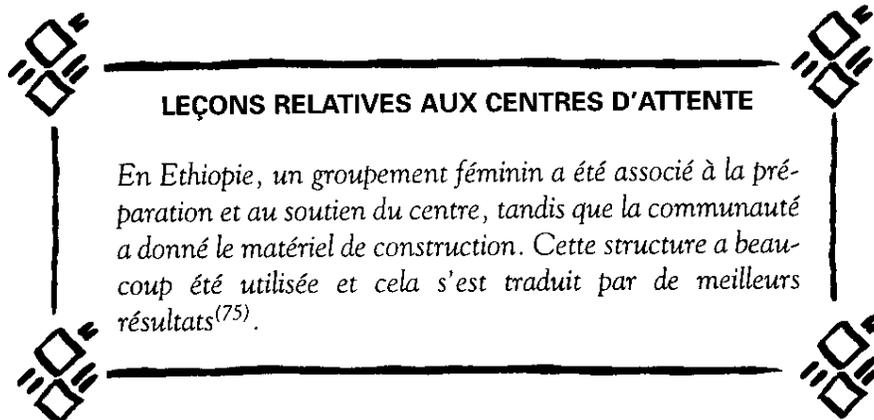
En essayant d'améliorer les communications en Sierra Leone, le réseau PMM a initialement utilisé des cyclomoteurs pour chercher l'ambulance, mais il a dû mettre fin à cette pratique à cause des taux d'accidents élevés et des coûts d'entretien. Un système de radio s'est avéré plus sûr, plus efficace et moins coûteux(54). En Gambie, les ambulances étaient disponibles dans les principaux villages et des charrettes à traction animale ou des pirogues pour évacuer les femmes de ces villages vers le lieu où elles pouvaient trouver un moyen de transport motorisé.

Éléments des systèmes de communication/Transport. Les besoins en communication et en transports varient selon les contextes ; cependant ces moyens de transport et de communications doivent répondre à un certain nombre de principes qui sont énumérés ci-après:

1. Ils doivent être facilement accessibles (la communauté sait où les trouver) à la communauté qui a l'intention de les utiliser;
2. Ils doivent être abordables pour que les populations locales puissent les utiliser;
3. Ils doivent être sûrs (par ex.: utiliser les transports publics la nuit pourrait ne pas être une bonne chose);
4. Ils doivent être solides (par ex.: les véhicules doivent être entretenus pour ne pas tomber en panne);
5. Ils doivent s'adapter aux variations saisonnières (par ex. : la mousson);
6. Ils doivent être efficaces (par ex.: connaître le centre de santé où il faut se rendre);
7. Ils doivent être appropriés au plan culturel (par ex.: les femmes sont disposées à emprunter le mode de transport choisi);
8. Ils doivent être appropriés au plan technologique (par ex.: les charrettes) afin d'être bien entretenus;
9. Ils doivent être approuvés par la communauté et les transporteurs; et
10. Ils doivent être disponibles 24/24 h.

Les Centres d'Attente

L'idée d'amener les femmes à haut risque pour qu'elles attendent près du centre de santé pour leur assurer un accès en temps opportun aux services appropriés a débuté comme un moyen de réduire le besoin de recourir à un système de transport d'urgence. Les centres d'attentes pour les mères, habituellement des cases, ont été créés dans de nombreux pays avec des niveaux de succès variables. L'un des problèmes est que la sélection des femmes est basée sur les risques et, comme nous l'avons dit précédemment, les complications ne peuvent pas être anticipées. Les autres questions à prendre en compte sont: la participation et l'appui communautaire, les relations avec les centres de santé, le coût (en argent et en temps perdu) pour la femme et la famille, le coût d'entretien de ces centres, la relation entre la famille et les services appropriés pour la femme tels que la cuisine, la lessive et la chambre pour héberger les membres de la famille.



Ces centres d'attentes connaissent plus de réussite lorsqu'ils sont tenus par les communautés, répondent aux besoins des femmes et sont étroitement liés aux centres de santé. Une idée serait d'utiliser ces centres d'attentes pour la période précédant l'accouchement et les soins de post-partum. Les hôpitaux sont souvent surchargés, ce qui fait que les femmes sont libérées tôt. Cependant, s'il existait une structure près de l'hôpital où elles pourraient faire l'objet d'une étroite surveillance pendant un ou deux jours, cela constituerait une alternative réalisable.

Les Contraintes Liées aux Ressources: Dans de nombreux pays, les services de santé sont supposés être gratuits, mais bénéficier de ces services entraîne beaucoup de frais (le transport, les médicaments, la nourriture, etc.). Ces frais, associés au fait que la plupart des familles n'ont pas de disponibilités ou d'argent mis de côté, pour les urgences contribuent directement aux retards dans la décision de rechercher des soins et d'obtenir des services. Dans beaucoup de zones, les familles doivent vendre leur animaux, leurs bijoux et autres objets de valeur ou contracter des prêts à des taux d'intérêt élevés pour obtenir les fonds nécessaires pour le paiement des services obstétricaux. La préparation de l'accouchement constitue un moyen de pallier à ce manque de ressources au moment de l'accouchement. Une autre approche peut consister à mettre en place un fonds communautaire, qui permet de faire des dons ou d'octroyer des prêts à la communauté, particulièrement dans ce but.

Les Premiers Soins Obstétricaux: On enregistre des retards importants entre la reconnaissance du problème, la décision de rechercher des soins, l'obtention d'un moyen de transport et l'obtention effective de soins. Pendant ce temps, l'état d'une femme peut sérieusement se dégrader si des mesures simples ne sont pas prises. Le principe des premiers soins obstétricaux est de prendre des mesures immédiates qui peuvent stabiliser la femme et qui n'aggravent pas le mal⁽⁷⁷⁾. Le Tableau 5.15 décrit les actions qu'un membre de la famille ou une matrone peut apprendre à mettre en oeuvre dans la communauté pour stabiliser la femme pendant la mobilisation et l'évacuation.

LEÇONS RELATIVES AU FONDS D'URGENCE DANS LA COMMUNAUTÉ

A Ekpoma, au Nigéria, le paiement des services obstétricaux posait un sérieux problème. Grâce à la négociation avec les communautés, 13 fonds ont été mis en place. La contribution initiale est venue des membres PMM et ainsi les membres du clan ont donné des fonds. Le fonds de crédit était sous la responsabilité du trésorier. Une femme qui avait besoin d'assistance ou qui avait des problèmes liés à l'accouchement pouvait demander un prêt. La famille était censée rembourser la somme empruntée avec 2% d'intérêt. Le montant total du fonds de crédit, après une année (pour les 13 clans), s'élevait à 793 \$ et le montant du crédit sollicité se situait entre 7-15 \$. En une année, 456 personnes avaient sollicité une assistance. Sur ces 456 demandes, 380 ont été approuvées et 96 % des prêts ont été remboursés⁽⁷⁶⁾.

Au Burundi, le projet de l'assistance à domicile pour l'accouchement sans risque encourage les familles avec des femmes enceintes à acheter les trousseaux pour l'accouchement à domicile à un prix qui est un tiers du prix du marché. Les centres de santé vendent les trousseaux d'accouchement seulement aux femmes qui assistent aux soins prénatals, ou à celles qui ont peu de facteurs de risque. Les revenus des ventes sont employés par les centres de santé pour envoyer les femmes avec des complications au centre de référence. L'assistance prénatale a augmenté de 50 pourcent et les accouchements institutionnels ont monté de dix pourcent.

Les Fonds Pour Sauver Les Mères, la fédération internationale des obstétriciens et des gynécologues, en association avec UNFPA, avec l'appui possible de Pharmacia et d'Upjohn, Inc., a lancé le projet de Fonds Pour Sauver Les Mères. Les équipes d'obstétriciens/gynécologues des pays développés travailleront avec leurs homologues dans les pays en voie de développement pour lancer des projets de démonstration en Ouganda, au Pakistan, et au Népal. Cette collaboration fournit un forum pour une force puissante et stratégique pour améliorer l'accès des femmes aux services obstétriques.

Les mesures d'urgence (voir le tableau 5,15) peuvent aider à sauver la vie d'une femme si, **en même temps**, une action est prise pour appeler à l'aide et arranger le transport vers une formation sanitaire qui peut contrôler les complications obstétriques. En général, les femmes doivent être: 1) conservées au chaud; 2) leur fournir la réhydratation orale si conscientes; et 3) encouragées à vider leur vessie si possible. Les premiers soins obstétriques incluent:

Souvent les femmes ne reçoivent pas de traitements médicaux suffisamment tôt et ces retards mettent leur vie en danger.

1. **pour réduire ou arrêter le saignement** appliquer le massage utérin (pas dur) ou la compression à deux mains;
2. **en cas de convulsions** prendre des mesures pour empêcher la femme de se blesser avant que des anticonvulsivants soient administrés; et
3. **en cas de fièvre ou de la rupture des membranes** administrer des antibiotiques et des antipyrétiques oralement, comme mesure provisoire avant d'être transférées⁽⁹⁸⁾.

TABLEAU 5.15
URGENCE!!! QU'EST-CE QU'UNE MATRONE FORMÉE PEUT FAIRE?

PENDANT LA GROSSESSE	
Saignements vaginaux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encourager la femme à consulter un médecin ✓ Expliquer à la famille pourquoi la femme devrait éviter les travaux manuels pénibles
Gonflement du visage et des mains	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encourager la femme à consulter un médecin ✓ Expliquer au mari pourquoi la femme doit se reposer
Pas de soins prénatals et le bébé se présente par le siège ou de manière transversale entre 34 et 40 semaines	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exhorter la femme à accoucher à l'hôpital ✓ Expliquer au mari pourquoi la femme devrait accoucher à l'hôpital
PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT	
Travail de plus de 12 heures	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aider la famille à procéder à une évacuation rapide ✓ Garder la femme au chaud, lui faire boire des liquides
Cordon bien enroulé autour du cou du bébé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Passer doucement le cordon par-dessus la tête du bébé pour éviter la compression par le cordon, mais ne pas forcer
Déchirures vaginales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pour une petite déchirure, utiliser des tissus propres et appuyer pour arrêter le saignement ✓ Pour des déchirures plus profondes ou au cas les saignements ne cessent pas, appuyer avec des tissus propres et accompagner la famille au centre de santé
APRÈS L'ACCOUCHEMENT	
Le bébé est inanimé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garder le bébé au chaud et au sec ✓ Enlever les sécrétions de la bouche ✓ Stimuler le bébé ✓ Pratiquer la réanimation par le bouche à bouche, si nécessaire
Placenta non expulsé après 30 minutes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exhorter la femme à uriner ✓ Vérifier les contractions (fermeté) de l'utérus ✓ Faire allaiter le bébé ✓ Si les saignements persistent, aider la famille à amener la femme à l'hôpital
Importants saignements vaginaux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Masser l'abdomen de la femme pour aider l'utérus à se contracter (PAS FORT) ✓ Aider la famille à référer la femme rapidement ✓ Garder la femme au chaud et lui donner des liquides (SRO) ✓ Donner des ocytociques s'ils sont disponibles et si le prestataire a été formé dans ce domaine
Fièvre, pertes vaginales contenant du sang	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Donner des antibiotiques à la femme ✓ Donner des explications sur la propreté des organes génitaux ✓ Expliquer les dangers de la propagation de l'infection par le sang s'il n'y a pas de traitements

Retard #4: Recevoir des soins de qualité: Des interventions possibles pour réduire les retards dans l'obtention d'un traitement de qualité au centre de santé:

- Former les sages-femmes et les médecins, notamment les médecins de sexe féminin, aux techniques qui permettent de sauver la vie.
- Améliorer les systèmes d'appui pour assurer le suivi de la qualité et réduire les procédures administratives lourdes qui allongent le temps d'attente, surtout pour le remplacement du sang.
- Mettre en place/renforcer un système de suivi permanent qui peut procéder à la revue de cas en terme de prise en charge appropriée.
- Ouvrir, dans l'enceinte de l'hôpital, un kiosque avec des stocks suffisants, où les familles peuvent se procurer le matériel nécessaire (en un seul lot) à un prix abordable.
- Oeuvrer en vue de s'assurer que l'équipement est fonctionnel; que des pratiques appropriées sont utilisées pour le contrôle de l'infection et qu'un système de gestion des stocks est mis en place pour assurer la disponibilité régulière de stocks de médicaments et de matériel médical en quantités suffisantes.
- Oeuvrer en vue de s'assurer que les services sont assurés 24/24h.
- Promouvoir des environnements conviviaux pour les mères.
- Oeuvrer en vue de s'assurer que les principaux systèmes d'appui sont utiles et opérationnels, notamment le système d'information sur la prise en charge des références et le suivi.
- Suivre les principaux facteurs tels que le temps d'attente, le taux de létalité et les perceptions des femmes, comme indicateurs de qualité.
- Associer les gardes et les réceptionnistes pour qu'ils n'empêchent pas aux gens d'avoir accès à l'hôpital, particulièrement la nuit.

La revue des cas qui offrent un cadre sûr pour discuter de l'ensemble des facteurs qui sont liés aux décès et aux cas de femmes qui ont failli mourir, peuvent constituer un processus utile. Ces revues peuvent permettre d'identifier la zone particulière d'où viennent les femmes et des études plus poussées peuvent être menées. Cette revue peut indiquer que les femmes arrivent trop tard pour être traitées et des discussions peuvent être organisées avec les communautés pour voir quels sont les obstacles qui empêchent les femmes d'arriver plus tôt. Les revues peuvent également permettre l'identification de la prise en charge inappropriées des complications qui ont besoin d'être corrigées par la formation et/ou la supervision (Voir la section relative à l'amélioration des services et le développement des ressources humaines).

Les formations sanitaires sont peut être désireuses de suivre le taux de létalité parce qu'il constitue un indicateur utile pour la qualité des soins et reflète les facteurs tels que:

- la gravité de l'état de la femme à son admission;
- le temps d'attente;
- la charge de travail et la compétence des prestataires;
- la disponibilité des médicaments, l'équipement et le matériel et;
- les systèmes administratifs.

Le taux de létalité et les revues de cas aident à identifier les zones faibles du système qu'il convient de corriger. Une fois que ces zones sont identifiées, alors les interventions appropriées peuvent être sélectionnées et mises en œuvre pour corriger ces faiblesses.

VI. LA PÉRIODE DU POST-PARTUM MATERNEL

Comme cela a été mentionné précédemment, les retards sont également valables pour cette période, mais comme cet aspect a déjà été discuté, nous n'y reviendrons pas dans cette section. Cette section comprend trois parties; la période du post-partum normal, les soins de post-avortements et les complications de la période post-partum. Les Tableaux 5.14, 5.15 et 5.16 décrivent les meilleures pratiques et les interventions qui peuvent être utilisées pour chacune de ces composantes.

Si nous nous référons au Chapitre 1, vous vous souviendrez que la majorité des décès surviennent pendant la période du post-partum. Malheureusement, on a fait très peu de choses pour la période immédiate du post-partum (les premières 24 heures). **Des programmes de post-partum devraient être élaborés pour suivre la mère et le nouveau-né au cours des premières 24 heures qui suivent l'accouchement. Les femmes qui ont eu des complications et qui accouchent dans un centre de santé devraient rester au moins 24 heures pour s'assurer de la bonne santé de la mère et du nouveau-né.**

STRATEGIES La Période du Post-Partum Maternel

Nous apprenons encore à mettre en œuvre des programmes pour la période de post-partum, qui est habituellement négligée. En conséquence, cette section traitant de l'intervention n'est pas aussi détaillée que l'auteur l'aurait voulu, du fait du manque de programmes.

Les stratégies pour toucher les femmes pendant les premières 24 heures après l'accouchement, varient selon le lieu de l'accouchement. Il sera plus facile de suivre la mère et le nouveau-né si l'accouchement se fait dans une formation sanitaire. Cependant, dans bon nombre d'endroits, ces services doivent être considérablement améliorés. Dans une situation où la majorité des accouchements ont lieu à domicile, on s'appuie beaucoup

sur la capacité de la communauté à détecter des signes de danger et à diriger les patientes vers un centre de santé. Cela est particulièrement important dans les sociétés qui cloîtent les femmes pendant les quarante premiers jours de la période du post-partum.

Cela peut se faire à travers les systèmes de santé conventionnels ou par l'utilisation des ressources humaines disponibles au niveau communautaire telles que les agents de santé villageois ou les maîtres d'école primaire. Ces personnes ressources ont accès aux femmes ou au nouveau-né, et doivent être en mesure d'identifier les signes de danger présentés dans le présent document (Voir Tableau 5.16).

Les stratégies pour améliorer les soins de post-avortement comprennent un renforcement du système de référence vers les centres de santé appropriés qui peuvent soit fournir des soins de post-avortement ou prendre en charge les complications. Par ailleurs, la planification familiale, l'information et les services sont nécessaires pour prévenir les grossesses répétées puisque la femme a un retour de fertilité immédiatement après l'avortement.

INTERVENTIONS La Période du Post-Partum Maternel

La Période du Post-Partum Normal

Les soins de post-partum devraient comprendre l'évaluation de la mère et du nouveau-né (les soins du nouveau-né sont présentés dans la prochaine section): les soins maternels devraient comprendre l'évaluation du fond de l'utérus; les types de saignement ainsi que le type et la quantité des pertes; l'identification des complications maternelles et néonatales; les conseils sur la nutrition, la discussion sur le retour de la fertilité et l'information sur les options en matière de la planification familiale; l'assistance en matière de soins au nouveau-né; les soins relatifs au cordon ombilical; l'importance de l'allaitement exclusif et fréquent; et la nécessité de vacciner au moment opportun.

Dans chaque situation, il sera nécessaire de déterminer qui est la personne la mieux placée (par ex.: l'agent de santé les maîtres d'écoles primaires, les matrones et les guérisseurs traditionnels) pour atteindre ces femmes. Les interventions devraient favoriser la collaboration entre les personnes ressources choisies dans la communauté et les agents de santé pour faciliter la mise en place d'un système de référence efficace.

L'allaitement exclusif et fréquent peut entraîner une aménorrhée de lactation, ce qui est un moyen de régulation de la fertilité pour beaucoup de femmes. Cela peut constituer une méthode de PF efficace si les femmes sont bien conseillées sur leur ovulation et leur retour de fécondité.

Le calendrier recommandé pour les visites de post-partum tel qu'il est esquissé dans le document de l'ACNM intitulé "Healthy Mother, Healthy Newborns" est le suivant:

1. Première visite six heures après l'accouchement;
2. Deuxième visite 3 jours après l'accouchement;
3. Troisième visite, 14 jours après l'accouchement; et
4. Quatrième visite 40 jours après l'accouchement⁽⁶²⁾.

Cependant, ceci peut ne pas être faisable. Il est important que la femme reçoive des services dans les 24 premières heures pour adresser l'hémorragie du post-partum et ensuite trois à cinq jours après l'accouchement pour identifier des infections et les sépticémies.

TABLEAU 5.16

Les Meilleures Pratiques Actuelles LA PÉRIODE DU POST-PARTUM MATERNEL	
Normal	
→ Suivre la mère et le nouveau-né:	
IDEAL	RECOMMENDED
La première visite six heures après l'accouchement	La première visite dans les 24 premières heures
La deuxième visite 3 jours après l'accouchement	La deuxième visite 3 à 5 jours après la naissance
La troisième 14 jours après l'accouchement; et	La troisième visite quarantième jour après la
La quatrième visite 40 jours après l'accouchement.	naissance
<ul style="list-style-type: none"> → Minimiser les pratiques dangereuses et encourager les pratiques bénéfiques. → Supplément en vitamine A dans la période du post-partum (200.000 UI) au cours du premier mois. → Le PF dans la période du post-partum (mini-pillule, stérilet, VSC, autre après six semaines). → Soins des seins. 	
SIGNES DE DANGER A SURVEILLER	
<ul style="list-style-type: none"> → Hémorragie du Post-Partum <ul style="list-style-type: none"> ✓ Saignements abondants (p.ex. remplissant une serviette/tissu toutes les heures pendant les 8 premières heures, remplissant une serviette /tissu toutes les 2 heures dans les 8 heures qui suivent). ✓ Choc (par ex.: sudation, froideur, moiteur, évanouissement, pouls rapide et faible). ✓ Utérus atonique (mou). ✓ Déchirure/Lacération. → Rétention Placentaire <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas de signes de séparation du placenta (allongement du cordon, épanchements de sang) 15 minutes après l'accouchement. ✓ Placenta non expulsé dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement. ✓ Utérus atonique/saignements abondants. → La Septicémie <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fièvre avec ou sans frissons (3-5 jours habituellement). ✓ Mauvaise odeur/suppurations dans les pertes. ✓ Utérus mou/atonique. ✓ Convulsions/rigidité. → L'éclampsie <ul style="list-style-type: none"> ✓ Œdème facial et/ou des mains (pas le gonflement des chevilles). ✓ Pression artérielle élevée. ✓ Maux de tête, troubles visuels, convulsions. ✓ Diminution du débit d'urine. 	
A Complications	
<ul style="list-style-type: none"> → Accès aux services SOU (traitement des complications et des infections et morbidités telles que la fistule, le prolapsus de l'utérus et les déchirures). → Minimiser les pratiques dangereuses et encourager les pratiques bénéfiques. 	

Soins post-avortement

Tel que spécifié précédemment, environ 20 millions de femmes chaque année pratiquent des avortements risqués (provoqués) et au moins 20 pour cent d'entre elles nécessitent des soins médicaux pour le traitement des complications⁽¹⁾. Les femmes doivent avoir accès à des services d'urgence de qualité, des informations sur la planification familiale et des services pour prévenir les grossesses répétées. Plusieurs donateurs offrent des formations sur les services d'avortement (FNUAP, ACIDI). D'autres donateurs tels que l'USAID NE fournissent PAS d'appui pour des services d'avortement. Ils appuient les services se rapportant au traitement des complications (soins post-avortement). **CARE n'appuie pas non plus les services d'avortement. Toutefois, nous comprenons la gravité du problème des avortements risqués ainsi que l'ampleur de ses conséquences qui se traduisent par des millions de décès et de lésions chez les femmes dans le monde chaque année.**

Les Services post-avortement (SPA) comprennent trois composantes:

- Soins urgents pour traiter les complications;
- Soins appropriés pour traiter les complications, et
- Services complets, y compris l'accès aux autres services de santé de la reproduction, notamment la planification familiale ^(19, 78).

Puisque l'avortement est une question sensible dans de nombreux pays, les programmes doivent commencer là où les opportunités se présentent de manière favorable dans ce contexte particulier. Les services de SPA n'ont pas besoin de se présenter dans l'ordre présenté ci-dessus.

Soins d'Urgence Rapides: Souvent les femmes ne reçoivent pas de traitements médicaux suffisamment tôt et ces retards mettent leur vie en danger. Les soins d'urgence décentralisés peuvent réduire les retards en offrant des services SPA plus près des endroits où vivent les femmes. En même temps, le système de référence formel doit être renforcé dans beaucoup de pays pour aider chaque femme à obtenir rapidement les services requis pour prévenir la mortalité et la morbidité.

Soins Appropriés: La plupart des femmes qui recherchent des services peuvent souffrir d'un avortement incomplet, qui, s'il n'est pas traité, peut entraîner une hémorragie ; une infection et la mort. Dans beaucoup de pays, la procédure la plus courante est le curetage aigu, plus connu sous le nom de dilatation et curetage (D&C) , qui nécessite un médecin, une salle d'opération et une anesthésie générale. L'aspiration manuelle, est la procédure préférée parce qu'elle est moins risquée, moins douloureuse et moins coûteuse. On peut la pratiquer avec une anesthésie locale et quelques pays ont des sages-femmes bien formées qui se chargent de cette intervention^(19, 78).



LES SAGES-FEMMES ASSURENT LES SPA

Au Ghana, les sages-femmes ont été formées à l'aspiration manuelle avec des résultats très positifs. Cela a fait une grande différence dans la qualité des soins qu'elles peuvent assurer. Puisque les complications, suite aux avortements, sont habituellement des urgences, les sages-femmes essayaient de faire quelque chose pour aider la femme mais n'avaient pas les compétences ou les équipements pour assurer les services. Après la formation, les sages-femmes se sont senties confiantes fournissant les services dus à leurs nouvelles aptitudes. Cela a également amélioré l'accès puisque qu'il y a plus de sages femmes que de médecins et la procédure peut être accomplie à un niveau inférieur du système de santé. Pour finir, l'appui d'un bon système de référence a assuré que toutes les complications qui pourraient surgir peuvent être traitées correctement et au bon moment⁽⁵⁸⁾.



Services Complets: De nombreuses femmes traitées pour des complications suite à des avortement (provoqués), veulent éviter la grossesse, mais moins d'un tiers des femmes qui reçoivent des soins suite à un avortement ont eu recours à la contraception⁽¹⁷⁾. Même si un avortement (provoqué) et ses complications sont stressants pour la femme, il est important de lui donner des informations sur son retour de fécondité, sur les différentes options et les services de PF disponibles, si elle décide d'utiliser une méthode de contraception. Dans de nombreux pays, les soins d'urgence pour les femmes avec des avortement à complications, sont assurés par les maternités et les services de PF sont fournis par les services de consultation externe. Ces services sont généralement assurés par des agents différents et sont géographiquement séparés. Dans de nombreuses régions, les services de PF ne sont pas assurés quotidiennement. Des études ont montré que le moyen le plus efficace pour assurer des soins complets est que le personnel de la maternité apprenne à fournir des informations et des services de planification familiale dans les locaux de la maternité même. Une autre approche consiste à offrir au personnel chargé de la PF la possibilité de faire des visites régulières dans les maternités pour assurer ces services^(19, 78).

La Période du Post-Partum à Complication

Comme cela a été mentionné ci-dessus, si les complications sont identifiées au cours de la période de post-partum, les retards qui ont déjà été discutés par rapport à l'accouchement influencent de la même manière l'accès et l'obtention de soins de qualité (Voir Tableau 5.14). Idéalement, les programmes devraient être développés pour suivre les femmes et les nouveaux-nés pendant les premières 24 heures qui suivent l'accouchement et pour les évacuer rapidement si une complication survient. Les femmes qui accouchent dans une institution et qui connaissent des complications devraient être gardées pendant 24 heures au moins après l'accouchement, avec une surveillance étroite et un suivi planifié. Un système de feed-back devrait être mis en place pour informer le centre de santé et le personnel du poste de santé qu'une femme et un nouveau-né ont eu des problèmes et qu'ils devraient faire l'objet d'un suivi plus étroit.

Le Tableau 5.16 essaie d'illustrer qui est personne en charge de la surveillance des signes de danger. Cela varie selon le contexte et dépend des différents rôles joués par la femme, les membres du ménage qui participent à la prise de décision et aux soins de la femme, les personnes ressources de la communauté disponibles et le système de santé. Les pays, les districts et/ou les communautés devraient adapter ce tableau pour refléter leur situation locale. Le Tableau 5.17 présente les services de post-partum essentiels dont ont besoin les femmes.

TABLEAU 5.17

Les Meilleures Pratiques Actuelles SOINS MATERNELS DANS LE POST-PARTUM				
SIGNES DE DANGER: 24 H APRÈS L'ACCOUCHEMENT				
Signes de Danger	Accouchement à Domicile Individuel	Accouchement à Domicile Foyers	Accouchement à domicile Personne Ressource Comm.	Accouchement dans une formation sanitaire
Saignement Abondants	◆	*	*	◆
Utérus Atonique	*	*	◆	◆
Rétention Placentaire		*	◆	◆
Placenta - délivrance partielle			◆	◆
Choc-(évanouissement fraîcheur, moiteur)		*	◆	◆
Convulsions		*	◆	◆
Maux de tête/ troubles visuels	◆	*		*
Déchirures/ lacérations		*	◆	◆
Diminution du débit urinaire	◆	*		◆
Diminution de la pression artérielle		*		◆
SIGNES DE DANGER: 1RE SEMAINE APRÈS L'ACCOUCHEMENT				
Signes de Danger	Accouchement à Domicile Individuel	Accouchement à Domicile Foyers	Accouchement à domicile Personne Ressource Comm.	Accouchement dans une formation sanitaire
Fièvre/frissons	◆	◆	*	◆
Mauvaises odeurs	◆	*		◆
Changement des pertes	◆	*	*	◆
Sensibilité Abdominale	◆	*		◆
◆ Principale responsabilité * Rôle de support. Le ménage comprend les membres de la famille susceptibles d'aider ou d'être présents à l'accouchement (par ex. : la mère, les sœurs, les beaux-parents). La communauté se compose de matrones et d'agents de santé villageois.				

TABLEAU 5.18

Les Meilleures Pratiques Actuelles				
SOINS MATERNELS DANS LE POST-PARTUM				
SERVICES: 24 H APRÈS L'ACCOUCHEMENT				
Signes de Danger	Accouchement à Domicile Individuel	Accouchement à Domicile Foyers	Accouchement à domicile Personne Ressource Comm.	Accouchement dans une formation sanitaires
Identifier le soignant	◆	*	*	◆
Surveiller les signes de danger	◆	*	◆	◆
Initier l'allaitement	◆	*	*	◆
Enseigner des pratiques d'allaitement		*	◆	◆
Assurer des services de PF			*	◆
Enseigner l'hygiène/ la propreté	*	◆	*	◆
SERVICES: PREMIERE SEMAINE APRÈS L'ACCOUCHEMENT				
Signes de Danger	Accouchement à Domicile Individuel	Accouchement à Domicile Foyers	Accouchement à domicile Personne Ressource Comm.	Accouchement dans une formation sanitaire
Faire une visite de santé	*	*	◆	◆
Promouvoir la nutrition		*	◆	◆
Vitamine A	*	*	◆	◆
Conseils en PF		*	◆	◆
SERVICES: SIX SEMAINES APRÈS L'ACCOUCHEMENT				
Signes de Danger	Accouchement à Domicile Individuel	Accouchement à Domicile Foyers	Accouchement à domicile Personne Ressource Comm.	Accouchement dans une formation sanitaire
VAT (si nécessaire)		*		◆
PF (POP, Stérilet, Depo/VSC)		*	◆ *	◆
Visite de santé	*	*	◆	◆
◆ Principale responsabilité * Rôle de support. Le ménage comprend les membres de la famille susceptibles d'aider ou d'être présents à l'accouchement (par ex. : la mère, les sœurs, les beaux-parents). La communauté se compose de matrones et d'agents de santé villageois.				

VII. LE NOUVEAU-NÉ

Malheureusement, le soin des nouveaux-nés est un aspect qui a été négligé; donc il y a très peu d'informations, notamment au niveau opérationnel sur la manière de prodiguer des soins aux nouveaux-nés au niveau communautaire ou dans les structures de santé situées à la périphérie, pour faire face à la mortalité et à la morbidité néonatales et périnatales.

Comme cela a été mentionné dans le Chapitre I, presque tous les ans, 8 millions de fœtus/nouveaux-nés meurent à un stade avancé de la grossesse, à la naissance ou tout de suite après, suite à des mauvais soins maternels et/ou à une prise en charge inadéquate des complications liées à la grossesse. Selon les estimations de l'OMS, 85 pourcent des décès de nouveaux-nés sont dus à des infections, à l'asphyxie à la naissance et aux blessures à la naissances (Voir Tableau 1.13).

La plupart des décès néonataux et au moins la moitié des mort-nés, résultent de problèmes qui surviennent pendant la grossesse, l'accouchement et/ou dans la période du post-partum. Plus de deux tiers des décès des nouveaux-nés surviennent chez des bébés bien développés, nés à terme et apparemment bien équipés pour vivre. Ces enfants auraient été en bonne santé s'ils avaient bénéficié de soins appropriés. Aider ces enfants à se développer en bonne santé ne nécessite pas une technologie coûteuse; cela requiert plutôt une série de mesures préventives simples et des soins néonataux rapides⁽¹²⁾.

LES MEILLEURES RÉFÉRENCES

Organisation Mondiale de la Santé. (Juin 1995). **Essential Newborn CARE: A Report of a Technical Working Group.** Genève: OMS.

Stolls. B. (Mars 1997). "The Global Impact of Neonatal Infection." *Clinics in Perinatology*, Vol. 24: No 1.

Organisation Mondiale de la Santé. (Juin 1995). **Management of the Sick Newborn: A Report of a Technical Working Group.** Ankara: WHO.

STRATEGIES Le Nouveau-né

La femme enceinte et le fœtus vivent en symbiose et les interventions pour améliorer la situation de l'un a des conséquences sur l'autre, comme le montre la Figure 5.1.

Les stratégies pour améliorer l'état du nouveau-né sont: l'amélioration des pratiques de l'accouchement normal pour éviter l'asphyxie à la naissance et les traumatismes; les soins essentiels aux nouveaux-nés; l'identification des bébés de faible poids et la supervision étroite des progrès; et la surveillance minutieuse des signes de danger au cours des sept premiers jours. Le lieu de l'accouchement et le type de prestataire de soins qui fait l'accouchement, ont un effet sur ces stratégies.

Le Tableau 5.19 décrit les soins de santé essentiels et les signes de danger à surveiller et à référer afin de garantir une issue favorable pour le nouveau-né.

TABLEAU 5.19

Les Meilleures Pratiques Actuelles	
LES SOINS NEONATALS	
Les Soins de Santé Préventifs (soins de santé maternelle)	
✓	VAT et FFA
✓	Alimentation adéquate
✓	Traitement des infections (MST, paludisme, ankylostomiase)
✓	Accouchement propre
✓	Prise en charge adéquate des complications
Soins Néonataux essentiels (premières 24 heures)	
✓	Prêter attention à la respiration
✓	Réchauffement
✓	Soins relatifs au cordon
✓	Soins oculaires prophylactiques
✓	Allaitement immédiat
Nouveau-né Normal (bénéfique)	
✓	Pesée et enregistrement
Soins au nouveau-né: (7 Premiers Jours)	
✓	Température
✓	Allaitement exclusif
✓	BCG, Polio oral, Hépatite B
✓	Surveillance des signes de danger énumérés ci-après :
SIGNES DE DANGER POUR LE NOUVEAU-NÉ RECHERCHE IMMEDIATE DES SOINS	
<p>A LA NAISSANCE</p> <p>Ne respire pas</p> <p>La couleur de la peau est jaune (jaunisse) des paumes</p> <p>Respiration difficile (plus de 60)</p> <p>Convulsions</p>	<p>7 PREMIERS JOURS</p> <p>Hypothermie/fièvre/Frissons</p> <p>Couleur de la peau bleue, pâle, et de la plante des pieds</p> <p>Incapable de téter</p> <p>Incapable de téter/mauvaise tétée/inactif</p> <p>Rigidité</p> <p>Diarrhée/Constipation</p> <p>Yeux rouges, gonflés et purulents</p> <p>Rougeurs autour du cordon</p>

INTERVENTIONS Nouveau-né Normal

Il y a des moments où les interventions peuvent être efficaces dans l'amélioration de l'état du nouveau-né :

- améliorer la santé de la femme **avant qu'elle ne tombe enceinte** en commençant par une bonne alimentation; de bonnes réserves en fer; un poids suffisant avant la grossesse et une bonne santé générale sans infections (par ex.: le paludisme);
- améliorer la santé de la femme **pendant la grossesse** avec une bonne alimentation; suffisamment de fer; le VAT; le traitement des infections endémiques;
- améliorer la santé des femmes **pendant l'accouchement**, en garantissant un accouchement sans danger (minimiser les asphyxies à la naissances);
- les soins essentiels aux nouveaux-nés; et
- une prise en charge appropriée et rapide des nouveaux-nés malades.

Des études ont démontré que les agents communautaires ont réussi à surveiller les hypothermies; à identifier les faibles poids de naissance et à prendre en charge les pneumonies, à condition d'être bien formés et supervisés.

SOINS DU NOUVEAU-NÉ

Tous les nouveaux-nés ont besoin de soins de base. Propreté à la naissance, la chaleur, allaitement tôt et exclusif, les soins de l'oeil, les vaccinations et la réanimation si nécessaire.

Quelques nouveaux-nés ont besoin de plus de soins. Les nouveaux-nés malades ont besoin de l'identification rapide des signes de danger et du traitement prompt.

Les prématurés et les nouveaux-nés de faible poids de naissance ont besoin de soins plus fondamentaux. Ces nouveaux-nés ont besoin de plus de: 1) propreté et chaleur pour assurer qu'ils n'acquièrent aucune infection; 2) plus d'attention à l'allaitement parce qu'ils peuvent avoir la succion difficile; et 3) une identification et un traitement plus efficaces des infections.

UNICEF, 1998

L'accouchement Propre: (Voir Tableau 5.12) se laver les mains et envelopper le bébé dans un pagne propre peut permettre de réduire les infections générales, qui peuvent entraîner la septicémie si elles ne sont pas traitées. Couper le cordon ombilical avec une lame propre réduit le tétanos néonatal (environ 500.000 cas par an). Il n'est pas nécessaire d'appliquer quoi que ce soit sur le cordon ombilical; il se cicatrise lorsqu'on le laisse à l'air libre; sans pansements ni bandage. Aucun produit antiseptique n'est nécessaire, mais la mère devrait veiller à ce qu'il soit propre et sec⁽⁹⁾. Les pratiques telles que l'application de bouse de vache, de boue, d'huile ou autres substances sur le cordon devraient être évitées. Le cordon constitue l'une des principales sources d'infections néonatales.

La Protection Thermique: Le nouveau né est surtout sensible à l'hypothermie pendant les 6-12 premières heures qui suivent l'accouchement. Le nouveau-né peut facilement faire une hypothermie s'il est exposé et mouillé ; par exemple, si on attend que le placenta soit expulsé et que le cordon soit coupé, avant de s'occuper de lui. Les familles doivent connaître les signes d'hypothermie et savoir comment réchauffer le bébé. La meilleure manière de le faire est le contact corporel, parfois appelé la méthode kangourou. Les autres méthodes sont: envelopper le bébé dans plusieurs habits chauds et en général avec des bouillottes. Dans certaines cultures, on lave le bébé peu de temps après l'accouchement mais cela n'est pas nécessaire et il est peut être plus important de s'assurer que le bébé soit au chaud⁽⁹⁾.

LES LEÇONS APPRIS

Au Népal, les matrones ont appris à prendre la température rectale, elles ont découvert que 5 pourcent des bébés nés entre janvier et mars avaient des températures inférieures à 35° C, 12 heures après leur naissance. On a appris aux matrones à: 1) envelopper/réchauffer les bébés immédiatement au lieu de les laisser sur le sol jusqu'à ce que le cordon soit coupé; 2) différer le bain; et 3) couvrir la tête du bébé⁽¹¹⁾.

L'allaitement exclusif et très tôt: L'allaitement fournit une alimentation optimale et une protection au cours des 6 premiers mois. Le lait maternel protège le bébé contre une diversité de virus et de bactéries.

Rien ne justifie le fait de donner une alimentation complémentaire comme, l'eau, le glucose ou toute autre formule avant le quatrième et de préférence avant le sixième mois. En cas d'accouchement difficile dans une formation sanitaire, il faudrait encourager la mère à garder le nouveau-né avec elle parce que cela facilite l'allaitement, renforce les liens entre la mère et l'enfant, et contribue à la prévention des infections nosocomiales.

Comme cela a été mentionné précédemment, le VIH peut être transmis par l'allaitement (environ 14 % par ce mode). Les pays doivent développer des politiques et des programmes qui tiennent compte de la prévalence du VIH pour les pratiques d'allaitement, des alternatives à l'allaitement maternel et de l'augmentation potentielle des autres causes de mortalité infantile. La politique de l'UNAIDS/UNICEF/OMS stipule que "les femmes dont on connaît la séropositivité ne devraient pas allaiter"; mais la majorité des femmes des pays en développement ne connaissent pas leur état et bon nombre d'entre elles n'ont pas accès aux services de conseils et de dépistage⁽⁶⁸⁾.

La prévention et la prise en charge de l'infection des yeux: L'ophtalmie néonatale, la conjonctivite avec du pus, apparaît habituellement deux à cinq jours après la naissance. Les principales causes de cette infection sont la blennorragie et le chlamydia. Le taux de transmission de la mère au fœtus pour la blennorragie est de 30-50 pourcent; les complications surviennent rapidement et sont plus sévères que pour le chlamydia. La solution de nitrate d'argent à 1 pourcent, la tétracycline à 1 pourcent ou la pommade érythromycine à 0,5 pourcent devraient être utilisées 1 heure après l'accouchement pour prévenir la conjonctivite néonatale (remarque: le nitrate d'argent n'est pas efficace contre le chlamydia).

Si le nouveau-né développe une conjonctivite néonatale, la décision en ce qui concerne le traitement devrait se baser sur les types d'MST au niveau local, le niveau de résistance et la disponibilité des médicaments (Voir Tableau 5.10 pour les protocoles de traitement)⁽⁶⁷⁾.

Les vaccinations: l'OMS recommande que le BCG soit administré le plus tôt possible après la naissance ; une seule dose de vaccin antipoliomyélite oral à la naissance ou au cours des deux premières semaines, et le vaccin contre l'hépatite B le plus tôt possible après la naissance⁽⁹⁾. Dans beaucoup de pays, les enfants reçoivent les BCG et une dose de vaccin antipoliomyélite, mais le plus souvent pas avant 6-8 semaines après la naissance.

Les nouveaux-nés ont très peu de possibilité de recevoir un bon traitement pour éviter la mort

INTERVENTIONS Nouveau-né Souffrant de Complications

Les nouveaux-nés ont un espace limité par recevoir un bon traitement pour éviter la mort. Les retards dans la réception de services de qualité sont dus au fait que les soignants n'ont pas de connaissances sur et sur les signes de danger; à l'éloignement des structures de la santé; aux tabous culturels et aux pratiques qui empêchent le nouveau-né de recevoir des soins ; aux agents de santé insuffisamment formés et aux formations sanitaires mal équipées.

Retard #1: Interventions pour réduire le retard dans la reconnaissance du problème. Plusieurs enquêtes démographiques et de santé ont montré que beaucoup de femmes/gardiennes ne connaissent pas les signes et les symptômes de la pneumonie, de la déshydratation ou autres infections chez leurs enfants plus âgés, par conséquent il est peu probable qu'elles sachent ce qu'il faut faire pour leurs nouveaux-nés.

- Améliorer la reconnaissance, par les gardiennes d'enfants, des signes de danger chez le nouveau-né grâce à l'éducation.

Retard #2: Interventions pour diminuer le retard dans la prise de décision de rechercher des soins. Des études ont montré que l'on n'amène pas les enfants aux soins en temps opportun. Dans certaines situations même lorsque l'agent de santé identifie l'enfant comme étant malade (par ex. : pneumonie), les familles refusent d'emmener le bébé au centre de santé^(9,10).

- Eduquer les membres de la famille sur l'importance de rechercher des soins appropriés en temps opportun pour les nouveaux-nés, si des signes de danger sont décelés.
- Former une personne ressource au niveau communautaire pour favoriser les références si nécessaire.

Retard # 3: Interventions pour diminuer le retard dans l'arrivée à la formation sanitaire. Comme indiqué précédemment, les communications, transports et ressources peuvent être des barrières importantes pour accéder aux formations sanitaires d'une façon opportune.

- Former les agents communautaires à la réanimation des nouveaux-nés , au traitement des infections respiratoires aiguës et des diarrhées, dans la communauté, et à la référence des patients vers les structures appropriées.
- Améliorer les connaissances grâce à des efforts en matière de communication portant sur l'emplacement du centre de santé le plus proche et la manière de s'y rendre.
- Comme indiqué précédemment, le transport est un problème important dans beaucoup de secteurs. C'est une barrière pour accéder à des services de santé que cela soit pour la femme ou le nouveau-né.

Retard #4: Interventions pour diminuer les retards dans l'obtention de soins de qualité dans le centre de santé. De nombreux agents de santé ne sont pas suffisamment formés ou équipés pour prendre en charge les nouveaux-nés, ce qui entraîne souvent des décès. En Inde, au Pakistan et en Thaïlande, le taux de létalité chez les enfants amenés à l'hôpital avec une septicémie néonatale se situe entre 27 et 69 pourcent, ce qui est très élevé. Ces taux indiquent que la formation sur l'identification et sur la prise en charge rapide et appropriée des maladies du nouveau-né pourrait permettre d'évoluer vers des meilleurs soins et une issue plus favorable⁽¹²⁾.

- Former les agents de santé à bien diagnostiquer et à prendre en charge les maladies des nouveaux-nés.
- Œuvrer en vue de s'assurer que l'équipement est fonctionnel et qu'un système de contrôle des stocks est en place pour disposer régulièrement de stocks de médicaments.

Initiation de la respiration et réanimation: Si un nouveau-né ne crie pas après les premières stimulations lorsqu'on l'essuie, il faudrait procéder à l'aspiration des voies respiratoires. Cependant, cela peut ne pas être suffisant pour déclencher la respiration et il faut entamer une réanimation si le bébé n'a pas commencé à respirer.

Les nouveaux-nés ont souvent des difficultés à respirer après un travail prolongé, ou en cas de dystocie, de prématurité ou de nouveaux-nés avec un faible poids; le prestataire de soins pourrait prévoir ces cas et prendre des dispositions pour se préparer à une réanimation. Dans le nord de l'Inde, l'asphyxie constituait un problème tel que les matrones ont été formées à la réanimation des nouveaux-nés, avec des résultats positifs⁽¹¹⁾. Dans les formations sanitaires, le personnel devrait être qualifié et équipé pour bien réanimer les nouveaux-nés. L'OMS a un guide pratique sur "La réanimation du nouveau-né au niveau du centre de santé" (Newborn Resuscitation at the Health center level).

La prise en charge des maladies du nouveau-né: Puisqu'une grande proportion des naissances a lieu à domicile, les familles et les communautés doivent comprendre qu'une issue favorable dépend d'une reconnaissance et d'une prise en charge rapides.



LES LEÇONS APPRISES

En Inde, une ONG a expérimenté une prise en charge des cas de pneumonie par les agents de santé villageois (ASV) et les matrones. L'ONG les a formés au diagnostic de la pneumonie à partir d'un rythme respiratoire rapide, d'un tirage nasal et intercostal. Le projet a mis au point un compteur pour la respiration (un sablier) qui dure une minute pour aider à mesurer le rythme respiratoire. La majorité des cas de pneumonie surviennent au cours du premier mois de la vie. Les matrones ont le plus grand nombre de cas (50) alors que les ASV en ont eu 33, mais ils avaient des taux de létalité similaires. La mortalité néonatale due à la pneumonie a baissé de 44% (Voir Chapitre 6)⁽⁷⁹⁾.



Les taux de létalité pour les infections bactériennes sévères (par ex.: la pneumonie) sont élevés et il est important de référer rapidement l'enfant. On a réussi à former avec un certain succès des matrones au traitement avec du co-trimoxazole et à référer les nouveaux-nés avec quelques succès⁽⁷⁹⁾. Les membres de la famille et les agents communautaires doivent être formés à reconnaître les signes de danger et à savoir où il faut s'adresser pour obtenir des services. Ils devraient également savoir que si le nouveau-né a des difficultés à téter ou est moins actif, cela peut être un signe d'infection et ils doivent rechercher une assistance.

Les taux de létalité élevés observés dans les centres de référence (les hôpitaux de district, par ex.) sont dus: 1) à l'arrivée tardive du bébé; 2) au manque de médicaments et de matériel; et 3) aux prestataires de soins non qualifiés. Le personnel de santé doit être compétent en matière de diagnostic et de prise en charge appropriée des principales maladies dans ce contexte, pour garantir une issue favorable. La revue de cas de nouveaux-nés peut être très utile pour l'identification des domaines qui ont besoin d'une amélioration.

Le décompte incomplet des décès néonataux périnataux constitue un sérieux problème dans tous les pays en voie de développement. Les registres des naissances et des décès sont souvent inappropriés et doivent être améliorés. Au niveau des formations sanitaires, la revue de cas peut consister en des interviews des prestataires de soins, en l'examen des registres médicaux, et autres données pour vérifier les causes cliniques et sociales de la mort. A domicile, une autopsie verbale peut être faite en interviewant les membres de la famille pour déterminer les causes médicales et non-médicales du décès.

Tous les nouveaux-nés malades devraient recevoir de la vitamine K en intramusculaire pour aider à réduire la probabilité de maladies hémorragiques. Ces nouveaux-nés devraient également être considérés comme hypoglycémiques, et doivent être continuellement allaités et recevoir des solutés en intraveineuse s'ils sont déshydratés⁽¹⁰⁾. Les protocoles de traitement peuvent varier selon les contextes, toutefois le Tableau 5.20 présente quelques traitements recommandés.

TABLEAU 5.20
TRAITEMENT PRÉFÉRÉ POUR LES INFECTIONS DES NOUVEAUX-NÉS

1.	Septicémie <i>Traitement Préféré:</i> <i>Traitement Alternatif:</i>	(IV jusqu'à amélioration, ensuite IM 10 jours) Ampillicine Gentamycine
2.	Méningite <i>Traitement Préféré:</i> <i>Traitement Alternatif:</i>	(IV jusqu'à amélioration ensuite IM 14 jours) Ampillicine Gentamycine
3.	Convulsions <i>Traitement Préféré:</i> <i>Traitement Alternatif:</i>	Phénobarbital (IV) Phénytoïne (IV) or Paraldéhyde (suppositoire)
4.	Tétanos <i>Traitement Préféré:</i>	Antitoxine, Penicilline, Anticonvulsif

Source: (Stolls, B. 1995).
IM: intramusculaire, IV: intraveineuse.

Soins aux Bébés de Faible Poids de Naissance: Dans les pays en voie de développement, la plupart des bébés de faible poids sont nés à terme ou presque à terme. Ils ont atteint la maturité et ont le potentiel nécessaire pour survivre. Cependant, du fait de leur poids réduit et du manque de réserves de graisse comme source d'énergie et l'absence d'isolation, ils risquent une hypothermie ou un mauvais développement. La bonne protection thermique et l'allaitement sont les deux éléments les plus importants de leurs soins. Une chaleur adéquate peut réduire considérablement la mortalité.

Comme cela a été mentionné dans la section anthropométrique du présent rapport, certains indicateurs de la nutrition peuvent servir à identifier les femmes qui courent un risque au plan nutritionnel, et celles qui courent le plus de risque d'accoucher de bébé de faible poids. On pourrait conseiller à ces femmes d'accoucher dans une formation sanitaire où l'on peut prendre des dispositions pour s'assurer que l'enfant bénéficie d'une surveillance étroite à la maison.

LES LEÇONS APPRIS

Le gouvernement Indien a formé les matrones et les Aganwandi workers (AWW) à évaluer le faible poids à la naissance en mesurant la longueur du pied. Les matrones ont été formées aux soins essentiels aux nouveaux-nés (réchauffement, réanimation respiratoire) et à prendre l'empreinte de pied du nouveau-né. La matrone surveillait l'alimentation, la couleur de la plante des pieds et le niveau d'activité. Le AWW arrivait 24 heures après la naissance. Si la longueur du pied était inférieur à 6,5 cm, le bébé était considéré comme ayant un petit poids et était dirigé vers un sous-centre pour être surveillé plus étroitement. En conséquence, l'enregistrement des naissances assistée sa augmenté et la mortalité infantile a baissé de 58,1 en 1989-90 à 45,1 en 1990-91⁽⁷⁴⁾.

TABLEAU 5.21

SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU-NÉ ET SIGNES DE DANGER				
Soins Essentiels	Pratiques à la Naissance	Pratiques Pendant Les 7 Premiers Jours	Signes de Danger	Traitement au Centre de Santé
Accouchement Propre	6 propres avant/ après la naissance. Lieu chaud pour l'accouchement	RAS	RAS	RAS
Soins Relatifs au Cordon Ombilical	Couper le cordon avec une lame propre, bien l'attacher et le laisser à l'air libre	Veiller à sa propreté; le laisser à l'air libre; peut le nettoyer à l'eau mais pas nécessaire	Jaune, mauvaise odeur, suintement rougeurs s'étendant à l'abdomen	Administrer première dose d'antibiotique et référer
Respiration	Pas de cris, vérifier la respiration, débiter la réanimation	Si le bébé ne respire pas, entamer la réanimation, surveiller le FPN	Difficultés respiratoires	Réanimation Rechercher une infection respiratoire
Protection Thermique	Endroit chaud pour l'accouchement, essuyer le bébé avec un tissu chaud et propre immédiatement. Le donner à la mère pour qu'elle le réchauffe avec son corps.	Garder le bébé au chaud et au sec. L'envelopper selon le climat	Froid au toucher Chaud au toucher Mauvaise tétée	Déterminer la cause (ex.: infection), traiter comme il faut (ex.: réchauffer baigner, et donner un antibiotique)
Vaccinations	RAS	BCG, Polio, Hép. B	RAS	RAS
Asphyxie à la Naissance	Prise en charge des complications et réanimation si nécessaire	Garder au chaud, allaiter, surveiller la tétée/ alimentation	Convulsions, faible, léthargique.	Donner la première dose d'antibiotique et référer. Réanimation si nécessaire
Infection	6 propres*	Tenir propre et au chaud, allaitement, soins du nombril et des yeux	Hypo-/ Hyperthermie, Léthargie, mauvaise alimentation, convulsions	Identifier la source d'infection donner la première dose d'antibiotique et/ou référer

*"Six Propres": surface propre, ficelle propre pour nouer le cordon, l'Assistant à des mains propres, lame propre pour couper le cordon, tissu propre pour envelopper le bébé, tissu propre pour la mère.

TABLEAU 5.21 (cont.)

SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU-NÉ ET SIGNES DE DANGER				
Soins Essentiels	Pratiques à la Naissance	Pratiques Pendant Les 7 Premières Jours	Signes de Danger	Traitement au Centre de Santé
Pneumonie	Endroit chaud pour l'accouchement, essuyer le bébé avec un tissu chaud et propre immédiatement	Tenir le bébé au chaud et au sec, allaiter, et surveiller la respiration.	Rythme resp > 60 tirage nasal et inter-costal	Traiter selon les symptômes décrits dans le protocole, donner la première dose d'antibiotique et référer
Tétanos Néonatal	6 propres*	Tenir au chaud, soins du cordon et des yeux	Convulsions Rigidité	
Soins Oculaires	Nettoyer les yeux immédiatement après l'accouchement avec un tissu propre. Appliquer des gouttes/une pommade selon le protocole.	Veiller à la propreté des yeux. Ne rien appliquer	Gonflés, collés avec du pus	Nettoyer les yeux et donner des antibiotiques par voie parentérale et référer

*"Six Propres": surface propre, ficelle propre pour nouer le cordon, l'Assistant à des mains propres, lame propre pour couper le cordon, tissu propre pour envelopper le bébé, tissu propre pour la mère.

VIII. CONCLUSION

Ce chapitre a essayé de fournir une synthèse des interventions recommandées et des meilleures pratiques courantes basées sur la littérature et des leçons apprises des programmes de pays pour influencer de manière significative la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales. Présenté ci-dessous est un sommaire des interventions maternelles et néonatales pour adresser les divers retards qui ont été démontrés comme un obstacle à l'accès aux services de qualité pour les femmes et pour les nouveaux-nés.

TABLEAU 5.22
EXEMPLES DES INTERVENTIONS POUR LA SANTE MATERNELLE

INTERVENTIONS POUR LA SANTÉ MATERNELLE
<p>Interventions possibles pour réduire des retards dans l'identification du problème.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Améliorer les services prénatals par l'éducation des femmes pour adresser les pratiques dangereuses, pour identifier les signes de danger, pour prévoir les complications et pour comprendre l'importance des régimes prescrits. → Améliorer les services prénatals à travers la formation des agents de santé pour mieux comprendre les antécédents de grossesse, pour encourager la planification des naissances, traiter les maladies communes (anémie, paludisme), et pour identifier et référer promptement les complications. → Encourager les femmes à employer les prestataires compétents (par exemple, sages-femmes) pour assister aux accouchements à domicile et/ou formations sanitaires. → Promouvoir la formation des sages-femmes et des AT sur l'utilisation des "six propres" → Encourager la prompt référence par la formation de AT, des membres de la communauté et des femmes sur les endroits où aller en cas d'urgence. <p>Interventions possibles pour réduire les retards à la décision de recherche des soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Augmenter le statut/participation des femmes dans la prise de décision, y compris le contrôle des ressources par la communication entre les couples et l'éducation des décideurs principaux. → Approuver le concept de la planification des naissances dans des visites prénatales et par la mobilisation de la communauté. → Encourager l'utilisation des prestataires compétents pour aider aux accouchements, à la maison ou dans les formations sanitaires → Travail avec la communauté pour stimuler un environnement de support pour que les femmes accèdent aux soins. → Travail avec la communauté pour faciliter de meilleurs rapports entre la communauté et le personnel de santé → Travail avec la communauté pour identifier des manières d'améliorer des processus décisionnels (par exemple, décideurs par procuration). <p>Interventions possibles pour réduire les retards pour accéder aux formations sanitaires</p> <ul style="list-style-type: none"> → Améliorer les communications et les relations parmi les membres de la famille, la communauté et les agents de santé. → Améliorer la capacité des familles de payer des services par l'épargne individuelle et par des emprunts communautaires à bas coût → Améliorer les systèmes de transport en travaillant avec les communautés locales. → Former ATs et les membres de la Communauté dans les premiers soins obstétriques afin de stabiliser la femme jusqu'à ce qu'elle puisse obtenir les soins médicaux. → Réduire le besoin de systèmes de transport d'urgence en développant les maisons d'attente. → Améliorer la connaissance de la communauté en ce qui concerne les plus proches formations sanitaires appropriées et comment accéder à leurs services

**TABLEAU 5.22 (CONT.)
EXEMPLES DES INTERVENTIONS POUR LA SANTÉ MATERNELLE**

INTERVENTIONS POUR LA SANTÉ MATERNELLE
<p>Interventions possibles pour réduire les retards à recevoir le traitement de qualité dans les formations sanitaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Formation des sages-femmes et médecins, particulièrement médecins féminins où elles sont disponibles, dans des compétences de sauvetage de la vie. → Augmenter les systèmes de soutien pour contrôler la qualité et pour réduire les processus administratifs encombrants qui prolongent le temps d'attente, particulièrement pour le remplacement de sang. → Etablir/renforcer un système de suivi continu qui peut reviser les cas en termes de gestion médicale appropriée → Établir un kiosque bien fourni sur le lieu de l'hôpital; où les familles peuvent acheter le matériel nécessaire (tout en un paquet) à un prix accessible. → Travailler pour s'assurer que l'équipement soit fonctionnel, que des pratiques appropriées pour contrôler les infections sont utilisées et qu'un système de contrôle des stocks est en place pour maintenir des stocks suffisants de médicaments et de matériel médical de façon régulière. → Travailler pour assurer que les services fonctionnent 24 heures sur 24. → Promouvoir les environnements conviviaux pour la mère dans les formations sanitaires. → Travailler pour s'assurer que des systèmes clés de support soient utiles et opérationnels, comme la gestion des systèmes d'information pour les références et le suivi. → Contrôler les facteurs principaux tels que le temps d'attente, le taux de létalité, et les perceptions des femmes admises aux formations sanitaires, comme indicateurs de qualité. → Impliquer la participation des gardes et des réceptionnistes de façon à ce que les gens ne soient pas enfermer en dehors du lieu de l'hôpital, particulièrement la nuit.

TABLEAU 5.23
EXEMPLES DES INTERVENTIONS NÉONATALES

INTERVENTIONS NÉONATALES
<p>Interventions possibles pour améliorer les résultats néonataux.</p> <ul style="list-style-type: none">→ Améliorer la santé des femmes avant qu'elles ne deviennent enceinte en commençant par la bonne nutrition, des réserves adéquates en fer suffisamment de poids avant la grossesse, et une bonne santé générale sans infection).→ Améliorer la santé des femmes pendant la grossesse avec la bonne nutrition, des réserves adéquates en fer, vaccination anti-tétanique, et traitement des infections endémiques.→ Amélioration de la santé des femmes pendant l'accouchement, en assurant des naissances propres et sûres.→ Assurer les soins essentiels du nouveau-né→ Promouvoir une gestion appropriée des nouveaux-nés malades.
<p>Interventions possibles pour réduire le retard dans l'identification de problèmes pour le nouveau-né souffrant de complications.</p> <ul style="list-style-type: none">→ Améliorer l'identification par des prestataires des signes de danger pour le nouveau-né à travers l'éducation.
<p>Interventions possibles pour réduire le retard dans la décision de rechercher de l'aide pour le nouveau-né souffrant de complications.</p> <ul style="list-style-type: none">→ Eduquer les membres de la famille sur l'importance d'aller chercher de l'aide à temps et des soins appropriés pour les nouveaux-nés si un signe de danger est identifié.→ Former une personne de ressource communautaire pour stimuler les références si nécessaire.
<p>Interventions possibles pour réduire le retard dans la décision de rechercher de l'aide pour le nouveau-né souffrant de complications.</p> <ul style="list-style-type: none">→ Former les agents de santé communautaires sur la réanimation des nouveaux-nés, le traitement d'IRA et de diarrhée dans la communauté, et la référence à un service approprié.→ Améliorer la connaissance par des efforts de communication pour savoir où sont les formations sanitaires appropriées les plus proches et comment y arriver.
<p>Interventions possibles pour réduire le retard dans la réception d'un traitement de qualité à la formation sanitaire pour le nouveau-né souffrant de complications.</p> <ul style="list-style-type: none">→ Former le personnel de la santé sur la façon de correctement diagnostiquer et contrôler des maladies des nouveaux-nés.→ Travailler pour s'assurer que l'équipement est fonctionnel et qu'un système de gestion des stocks est en place pour maintenir un approvisionnement adéquat et régulier en médicaments.

LES LEÇONS TIRÉES DES PROGRAMMES NATIONAUX

I.	PROGRAMMES GÉNÉRAUX .....	.6.1
	A. Le Bangladesh (ICDDR, B) .....	.6.1
	B. La Bolivie: WARMI (MotherCare et Save the Children) .....	.6.2
	C. La Bolivie: projet de santé de la reproduction de Cochabamba: 1990-93 .....	.6.3
	D. Le Guatemala: le projet Quetzatenago (soins maternels): 1989-1993 .....	.6.4
	E. La malaise .....	.6.6
II.	LES MATRONES .....	.6.5
	A. Le Brésil: le programme Fortaleza: 1975-1984 .....	.6.7
	B. La Gambie .....	.6.8
III.	LES MAISONS D'ATTENTE POUR FEMMES ENCEINTES .....	.6.9
	A. Cuba .....	.6.9
	B. L'Ethiopie .....	.6.11
	C. Le Ghana .....	.6.12
	D. Le Nicaragua .....	.6.12
IV.	LES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES .....	.6.13
	A. L'Indonésie: projet de la Banque Mondiale .....	.6.13
	B. Le Népal (CEDPA) .....	.6.14
	C. Le Népal: PATH/Save the Children .....	.6.15
	D. L'État de Cross Rivers, Nigéria (PMM) .....	.6.15
V.	LES SERVICES OBSTÉTRICAUX .....	.6.16
	A. Juaben, Ghana (PMM): centre de santé .....	.6.16
	B. Pakro, Ghana (PMM): le poste de santé .....	.6.17
	C. Ekpoma, Nigéria (PMM): hôpital .....	.6.17
	D. État de Kebbi, Nigéria (PMM): hôpital de district .....	.6.18
	E. État d'Ogun, Nigéria (PMM): hôpital de district .....	.6.19
	F. Zaira, Nigéria (PMM): centre hospitalier universitaire .....	.6.20
	G. Bo, Sierra Leone (PMM) .....	.6.21
	H. Makeni, Sierra Leone (PMM) .....	.6.21
VI.	LES PROGRAMMES NÉONATALS .....	.6.22
	A. L'Indonésie: projet de régionalisation périnatal, Tanjungsari, Java Occidentale .....	.6.22
	B. L'Inde: recherche .....	.6.23
	C. L'Inde: le gouvernement .....	.6.24
VI.	CONCLUSION .....	.6.25

I. PROGRAMMES GÉNÉRAUX

Cette section présente plusieurs programmes nationaux qui ont réussi à résoudre les problèmes de mortalité et de morbidité maternelles grâce à une combinaison d'interventions étroitement liées entre elles.

A. LE BANGLADESH (ICDDR, B)

Le Projet de Vulgarisation SMI-PF est une initiative collective qui a regroupé le Ministère de la Santé, la Sécurité Sociale et le Centre International de la Recherche sur la Diarrhée au Bangladesh (ICDDR,B) situé à trois heures environ de la capitale. Le projet a participé à la mise en place de services obstétricaux d'urgence à Abhoynagar, située à environ 3 heures de la capitale. Les raisons principales de la mortalité étaient les avortements risqués, l'hémorragie du post-partum, les troubles dus à l'hypertension artérielle gravidique, la dystocie et la septicémie. 95% du nombre total d'accouchements et 80% de l'ensemble des décès surviennent à la maison, la plupart du temps dans les premières 48 heures qui suivent l'accouchement.

ACTIVITÉS

- ✓ Les sages-femmes qualifiées ont été affectées à des postes de santé couvrant une population de 20 000 personnes chacun. Elles ont effectué des visites prénatales dans la communauté, fourni des renseignements, détecté et pris en charge des problèmes prénatals, encouragé dans la population à la présence des matrones communautaires pendant les accouchements à domicile, fourni des traitements d'urgence en cas de complications, organisé et accompagné les femmes pendant leur référence et ont rendu visite aux jeunes mères dès que possible après leur accouchement.
- ✓ Elles ont créé un service de maternité qui peut assurer des services obstétricaux d'urgence de base, avec une femme médecin disponible 24/24 sur appel.
- ✓ L'hôpital de l'Etat a été équipé (personnel qualifié, banque de sang et salle d'opérations) afin de fournir des services complets en ce qui concerne les soins obstétricaux d'urgence (distants d'une heure).
- ✓ Une stratégie de communication pour amener les matrones et les femmes à reconnaître les complications et du système de référence des patients vers les centres de santé.

RÉSULTATS

Il y a eu, en trois ans, une baisse significative (68%) du nombre de décès maternels de 440 à 140/100.000 de naissances vivantes dans la zone d'intervention. La majorité (80%) des cas de complication ont été prises en charge par les matrones communautaires⁽⁸⁰⁾.

B. LA BOLIVIE: Warmi (MotherCare et Save the Children)

Aymara d'une population de 15 000 habitants, il s'agit d'une région éloignée et difficile d'accès qui est desservie par trois postes de santé, qui manquent d'équipements, de médicaments et de personnel qualifié pour prendre en charge les complications. Le RMM était supérieur à 1000/100.000 des naissances vivantes et le taux de mortalité périnatale était de 103/1000 des naissances. Il n'y a pas de matrones. Ce sont principalement les maris qui assistent les femmes pendant le travail.

Un modèle simple de résolution de problèmes au niveau communautaire (appelé Warmi) consistait en: 1) l'identification et à la priorité des problèmes, 2) la mise au point de stratégies et de plans d'action par la communauté et les groupes féminins pour la résolution de leurs problèmes, 3) la mise en application des plans de groupe (la formation de 45 maris). Les activités comprenaient: l'éducation aussi bien des femmes que des hommes à la prise en charge des cas d'hémorragie, la fourniture de services de planification familiale en collaboration avec les ONG locales, la préparation de carnets de santé conservés à domicile, pour les femmes, une émission radio et la préparation de quatre livrets IEC. La communauté a identifié une personne qui sera chargée d'essuyer le bébé, de couper le cordon ombilical avant la délivrance du placenta et de promouvoir l'allaitement maternel immédiat.

ACTIVITÉS

- ✓ Formation de groupements féminins pour améliorer leurs connaissances sur des problèmes spécifiques de santé maternelle et augmenter leurs ressources.
- ✓ Education des hommes et des membres influents de la famille sur les complications liées à la grossesse et la nécessité de référer le patient vers un centre de santé. Les communautés ont identifié et classé les problèmes par ordre de priorité, puis ont mis au point leur propre plan d'action en utilisant les ressources locales pour satisfaire leurs besoins.
- ✓ La formation des membres de la communauté pour qu'elle puisse assister aux accouchements et identifier les signes des accouchements à complications.

- ✓ L'amélioration de l'accès à la planification familiale, aux soins prénatals et obstétricaux d'urgence, sur la base du plan d'action communautaire.

RÉSULTATS

Plus de la moitié des femmes des 52 communautés ont participé à ce processus, entre 1991-93. Les résultats enregistrés ont été la réduction des décès périnatals de 75 à 31, sur deux ans. Cette baisse a été due en grande partie à la réduction des décès dans la période suivant immédiatement la naissance. Il y a eu un accroissement du VAT, dans la fourniture de FAF, de l'allaitement, l'usage du sel iodé, des soins prénatals et postnatals et du recours aux matrones formées. Le recours à la PF est passé de 0 à 27 pourcent, mais il n'y a pas eu de réduction du RMM⁽⁷⁶⁾.

C. LA BOLIVIE: *Projet de Santé de la Reproduction de Cochabamba: 1990-93*

La moitié de la population est urbaine. Le RMM était de 480/100.000 des naissances vivantes, le TMI était de 126/1.000 des naissances vivantes et le TMPN était de 110 pour 1.000 naissances. Les principales causes de décès étaient les avortements provoqués et les mauvaises conditions d'accouchement aussi bien à domicile que dans les formations sanitaires. Les croyances traditionnelles prédominent et 13 pourcent seulement de la population urbaine ont recours à la médecine occidentale. En 1991, 34 pourcent des femmes sont allées aux consultations prénatales, mais seulement 13 pourcent y étaient allées quatre fois.

ACTIVITES

Une enquête a été menée et un plan de communication relatif à la santé a été initié en trois phases: 1) la sensibilisation des décideurs politiques et des agents de santé; 2) soins prénatals pour la promotion de l'importance des accouchements propre grâce à l'utilisation d'un matériel stérilisé; et 3) identification des complications. Chaque phase a duré trois mois. Des programmes vidéo et radio ont été élaborés ainsi que des spots télévisés et radio diffusés ainsi qu'une représentation graphique de chaque sous-thème principal. Les prestataires de soins ont reçu une formation sur la façon d'utiliser le matériel et sur les techniques de communication interpersonnelle.

RÉSULTATS

Le nombre de femmes capables d'identifier un signe de danger est passé de 26 à 43 pourcent. Le nombre de femmes capables d'identifier un œdème (signe positif d'un accouchement sans difficulté) a augmenté de 2 à 64 pourcent. Le succès le plus remarquable de la campagne a sans doute été de transformer les femmes, qui étaient des patientes passives, en agents proactifs, capables de mieux obtenir des soins prénatals. Il n'y a pas eu de changement en ce qui concerne les chiffres des TMPN ou de RMM⁽⁷⁷⁾.

D. LE GUATEMALA: Le Projet Quetzatenago (Soins Maternels) 1989-1993

Dans les régions rurales du Guatemala, les matrones assistent 70-90 pourcent des accouchements. Le personnel compétent en obstétrique n'est disponible que dans les hôpitaux, alors que les services prénatals et les soins infantiles le sont au niveau des postes de santé. La formation des sages-femmes au Guatemala a été supprimée il y a 20 ans. Pour combler ce vide, l'Institut de l'Amérique Centrale et du Panama pour la nutrition (Institute of Nutrition of Central America and Panama -INCAP) a formé le personnel infirmier pour qu'ils forment, à leur tour, plus de 400 matrones pendant des sessions de trois jours, sur l'identification des complications en 1990. Les formations étaient composées de techniques aseptiques, identification des signes de danger, et référence au plus proche service approprié de santé.

ACTIVITÉS

- ✓ Les matrones ont été formées pour identifier les signes de danger aussi bien pour les mères que pour les nouveaux nés, grâce à une approche plus participative basée sur leurs croyances culturelles et leurs expériences.
- ✓ Les relations entre les matrones, la communauté et les agents de santé se sont améliorées, grâce à l'éducation des communautés et des agents de santé sur leur rôle respectif.
- ✓ Encourager l'appui de la communauté d'accueil au programme pour s'assurer que des moyens de transport (dans la plupart des cas, un bateau) soient disponibles.
- ✓ Plus grande capacité des agents de santé à identifier les signes de danger plutôt que d'adopter une "approche de dépistage des femmes à risque" ainsi que de prendre en charge les complications obstétricales, y compris le renforcement des systèmes d'appui.

- ✓ La mise au point des protocoles pour la reconnaissance et la prise en charge appropriée des complications maternelles et néonatales.
- ✓ Introduction de système de revue des cas, grâce auquel chaque décès maternel est passé en revue et discuté par une équipe pour voir la manière dont la situation peut être gérée dans le future.
- ✓ Meilleur système de référence grâce à une meilleure tenue des registres, à un meilleur traitement des matrones lorsqu'elles réfèrent une femme vers un hôpital et à l'enregistrement des femmes enceintes et des naissances à domicile.

RÉSULTATS

Un an après la formation des matrones, il n'y a pas eu de changements significatifs dans le niveau de comportements au niveau communautaire. Les niveaux de complications sont restés les mêmes avant et après les interventions. Près de la moitié des femmes ayant eu des complications ont eu recours aux services de santé avant l'intervention et ceci n'a pas changé de façon significative. Les orientations de patientes par les matrones ont, en fait, diminué, mais davantage de femmes se rendaient directement à la formation sanitaire après l'intervention. (note: Les femmes dans la zone d'étude habitaient à côté de l'hôpital et l'infrastructure était relativement bonne).

L'intervention a eu plus d'impact à l'hôpital. La satisfaction des patients a augmenté et les retards entre l'admission et le traitement ont diminué. Avant l'intervention, 74 pourcent des femmes disaient qu'elles y retourneraient, alors qu'après l'intervention 94 pourcent d'entre elles ont indiqué qu'elles retourneraient aux formations sanitaires⁽⁸²⁾.

E. LA MALAISE

Il y a eu, en Malaisie, une baisse constante de la mortalité maternelle grâce à un programme complet qui encourage les prestataires de la santé qualifiés à assister les accouchements, favorise la prise en charge appropriée des complications et le suivi.

ACTIVITES

- ✓ Hôpitaux régionaux améliorés pour le diagnostic et l'appui de la gestion.
- ✓ Programme de dépistage prénatal amélioré (codage de couleur).
- ✓ Services décentralisés au niveau de district.
- ✓ Une équipe de district formée pour la solution des problèmes et la gestion.
- ✓ Une enquête confidentielle nationale des décès maternels a été présentée.
- ✓ Les compétences améliorées des agents professionnels de la santé, en particulier les médecins de famille pour les gestes à faire en cas d'urgence.
- ✓ Les ATs recyclées comme associés-référents des femmes enceintes mais aussi pour fournir également l'appui émotif à la femme et à la famille.
- ✓ Plus d'accouchements assistés par des prestataires compétents.
- ✓ Centres alternatifs de naissance établis dans des secteurs ruraux et urbains.
- ✓ Le fonctionnement assuré des systèmes de transport de référence et d'urgence.
- ✓ Promotion de l'éducation de la santé centrée sur le client pour les femmes, les hommes, les familles, et les communautés.
- ✓ Promotion de la nutrition maternelle et de l'enfant, l'allaitement, et les soins du nouveau-né.

RÉSULTATS

La mortalité maternelle a chuté de 300/100,000 des naissances vivantes en 1960 à 40/1000,000 de naissances vivantes en 1997. L'assistance d'un prestataire compétent à la naissance a augmenté de 57 pourcent en 1980 à 95 pourcent en 1996.

II. LES MATRONES

A. *LE BRÉSIL: Le Programme Fortaleza 1975-1984*

ACTIVITÉS

Des mini-maternités ont été créées dans toute la région et des matrones ont été formées. Les 40 unités avaient des tailles, des ressources et des services différents. Les plus grandes avaient entre 8-10 lits et pouvaient assurer des services prénatals, d'accouchement et du post-partum. Les plus petites disposaient d'une salle unique contiguë aux maisons des matrones et se limitaient à l'accouchement normal et aux soins du post-partum.

Dans l'un des comtés couvert par le programme et qui était éloigné de l'hôpital de district et ayant des problèmes de transport, 4 mini-maternités ont été créées et 78 matrones ont été formées.

La formation des matrones comprenait une expérience pratique dans les maternités pour s'assurer qu'elles pouvaient fournir des soins de santé prénatals, identifier les problèmes, assister les accouchements normaux et fournir, aux mères et aux nouveaux-nés, des soins après l'accouchement.

RÉSULTATS

Au terme du programme, 64% des accouchements ont eu lieu à domicile et 36 % dans des hôpitaux. Sur les 10 pourcent de femmes qui ont eu des complications, 93 pourcent ont accouché dans un hôpital. 49 pourcent de ces femmes ont été référées par les matrones et 51 pourcent s'y sont rendues elles-mêmes.

Les matrones savaient mieux identifier les complications. 52 pourcent des femmes qui ont été référées vers les centres de santé par les matrones avaient des complications, alors que 18% des femmes qui n'avaient pas été référées souffraient d'une complication. Les matrones n'ont pas eu un impact significatif sur la survie des enfants quoique le risque, pour un enfant, de mourir, était plus faible, avec les matrones qui avaient fait un plus grand nombre d'accouchement. La mortalité périnatale semblait être moins élevée dans le cas des accouchements qui ont lieu dans les mini-maternités⁽⁸³⁾.

B. LA GAMBIE

En 1983, un programme de santé primaire a été introduit dans la zone rurale de Farafenni, en Gambie. Le RMM était de 673/100 000 et la fréquentation des services de soins prénatals était très faible.

ACTIVITÉS

- ✓ Des matrones ont été identifiées et ont reçu une formation pendant 10 semaines pour leur permettre d'exercer des tâches prénatales et post-partum, assister des accouchements et référer les femmes vers le centre de santé où se trouvait une sage femme diplômée.
- ✓ Les matrones ont reçu une trousse d'accouchement qui comprenait des pansements propres, des ciseaux, une ficelle, de l'ergométrine par voie orale et un désinfectant.
- ✓ Bien que formées, les sage femmes ne disposaient pas de médicaments ou d'équipement d'urgence au centre de santé.

RÉSULTATS

L'étude a démontré que les matrones ont un rôle important à jouer en encourageant les soins prénatals, en identifiant les femmes à risque et en les référant vers les centres de santé. Les RMM ont baissé de moitié par rapport à leurs niveaux d'avant l'intervention dans les villages couverts par le programme de SSP. Les matrones ont dû jouer un rôle mais d'autres facteurs tels que l'amélioration du transport ont peut-être également contribué; on ne peut pas s'attendre à ce que cela réduise le taux de mortalité, si on apporte pas un soutien adéquat au système médical conventionnel. Les interventions ne visant que les AT ne peuvent pas réduire les RMM et les TMN sans la présence de soins obstétricaux d'urgence adéquats. Le manque de services de référence fonctionnels est l'une des principales raisons qui expliquent le fait que le RMM n'ait pas baissé davantage⁽⁷⁴⁾.

III. LES MAISONS D'ATTENTE POUR FEMMES ENCEINTES

Les maisons d'attente sont des maisons d'habitation, situées près d'une structure de santé compétente, où les femmes considérées comme étant à haut risque peuvent attendre le début de leur travail et être transférées au centre de santé, si nécessaire. Même si les témoignages anecdotiques indiquent que les maisons d'attente ont permis de réduire la mortalité maternelle, très peu de recherches quantitatives ont été menées pour étayer leur efficacité.

En Europe, pendant des siècles, des abris ont été mis à la disposition des mères célibataires pour réduire les avortements et les infanticides. En Afrique, l'une des premières expériences de maisons d'attente pour femmes enceintes, connues sous le nom de Village de la Maternité, a vu le jour dans l'est du Nigéria dans les années 1950. De tels établissements ont contribué à la réduction de la mortalité maternelle dans les hôpitaux, de 10 à moins de 1 pour 1000 accouchements et le nombre de morts-nés a été réduit de 116 à 20 pour 1000 accouchements. En Ouganda, où des maisons similaires existaient dans les années 1960, les décès maternels enregistrés dans une zone éloignée ont diminué de moitié. Les exemples ci-dessous ont prouvé la diversité des maisons d'attente (Cuba, Ethiopie, Ghana, Nicaragua). Ces établissements n'ont pas besoin d'une technologie sophistiquée ou coûteuse et peuvent constituer une méthode pratique pour satisfaire les besoins des femmes. Toutefois, **les maisons d'attente NE PEUVENT PAS fonctionner en vase clos; elles doivent avoir un accès à des services de soins obstétricaux, en temps opportun**⁽⁷⁵⁾.

A. CUBA

A Cuba, le système de santé été mis en place en 1961, et dès le début la priorité a été accordée à la SMI. La réduction de la mortalité maternelle et infantile a été un succès formidable pour le système de santé cubain. Pour promouvoir les accouchements à l'hôpital, un réseau d'hôpitaux a été créé pour l'ensemble de la population. Une attention toute particulière a été accordée aux zones rurales d'accès difficile du fait du mauvais état des routes et du manque de moyens de transport.

Des maisons d'attente pour les femmes enceintes ont été construites à proximité des hôpitaux pour que les femmes des régions éloignées puissent y être logées pendant les dernières semaines de leur grossesse. Ces maisons devaient avoir pour fonction, d'aller au-delà des solutions apportées par les hôpitaux obstétricaux. La majorité des femmes qui ont eu recours aux maisons d'attente étaient issues des couches sociales où elles étaient soumises à de lourds fardeaux de travail et de responsabilités pendant leur grossesse. Ces maisons, qui disposaient de personnel techniquement qualifié, leur servaient de maison de repos au cours de la grossesse, en les mettant immédiatement dans un environnement comprenant de nombreux points positifs pour réduire leur charge de travail.

Les critères d'orientation vers ces maison étaient flexibles. Dans certaines zones rurales, toutes les femmes y étaient envoyées à la 34^{ème} semaine de leur grossesse, alors que d'autres y orientaient les femmes sur la base des facteurs de risque tels que la primiparité, la multiparité, les mauvais antécédents obstétricaux, un âge inférieur à 20 ans ou supérieur à 35 ans et des mauvaises conditions d'alimentation. Les facteurs de risque sociaux comprennent: le statut de célibataire, le manque d'appui social et des conditions de vie inappropriées.

Dans les zones rurales, une maison d'attente dispose de 15-20 lits et était rattaché à un hôpital local. Les accouchements n'ont pas lieu dans ces établissements; toutes les femmes sont transférées à l'hôpital. Tous les équipements de base, tels que le linge et la nourriture, sont fournis par l'hôpital. Les maisons sont également autonomes en ce qui concerne les heures de visites, l'utilisation des cuisines et des salles de divertissement. Chaque maison d'attente dispose d'un personnel de santé composé de 4 agents et les soins sont disponibles 24 heures sur 24. Pendant leur séjour, les femmes bénéficient d'activités éducatives telles que les pratiques d'accouchement. En 1990, il y avait 150 maisons d'attente dans tout le pays.

L'un des aspects les plus importants des maisons Cubaines, est leur nature communautaire. Plusieurs groupes communautaires tels que la fédération des femmes, les organisations politiques locales et les syndicats agricoles participent à la gestion des maisons et contribuent aux frais de construction et d'entretien.

ACTIVITÉS

- ✓ Les matrones qualifiées pour diriger les unités de maternité rurales, assurer les soins prénatals, procède au dépistage des femmes et les réfèrent vers les centres de santé.
- ✓ Un système de référence, qui a beaucoup contribué au succès du programme, a été mis au point pour s'assurer que les patientes à haut risque soient rapidement identifiées et référées vers la maternité.
- ✓ Les sages-femmes faisaient une tournée hebdomadaire des unités de maternités pour s'assurer que les consultations prénatales ont été faites et que les femmes à haut risque ont été identifiées.
- ✓ On encourageait les pratiques traditionnelles sans danger ou bénéfiques dans les formations sanitaires.

RÉSULTATS

Les améliorations du niveau général de santé au cours du dernier quart du siècle a mené à un déclin du RMM de 118 à 31/100.000 naissances vivantes entre 1962 et 1984.

B. L'ETHIOPIE

L'Hôpital de Attata, un hôpital communautaire de 55 lits, est situé à 17 km de la ville la plus proche et assure des services à une population de 1,5 million d'habitants, dont 300.000 résident à un ou deux jours de marche. Les hôpitaux de référence les plus proches sont distants de plus de 100 km. Du fait des difficultés de transport que rencontrent les populations, un "tukul" ou maison d'attente pour les mères a été ouvert en 1976 pour les femmes à haut risque. Le tukul a été construit en matériaux locaux et a coûté environ 1000 \$; toute la main d'œuvre et la plupart du matériel ont été fournis par la communauté. Les frais généraux s'élèvent à 500 \$ par an, et couvrent le salaire d'un gardien, les coûts d'entretien et de blanchissage. La durée moyenne du séjour d'une femme est de 15 jours.

ACTIVITÉS

- ✓ Un groupement féminin qui était déjà en activité dans la communauté se trouvant autour de l'hôpital a contribué à la conception et au fonctionnement de la maison d'attente, toute la main d'œuvre et l'équipement ont été offerts par la communauté.
- ✓ 13 matrones traditionnelles et des agents de santé ont été formés pour servir dans des postes de santé où les soins prénatals étaient assurés par les matrones traditionnelles et les sages-femmes, une fois par mois.
- ✓ Le dépistage se faisait sur la base des mauvais antécédents obstétricaux y compris le travail précoce, la césarienne, la fistule, la référence pour rétention placentaire, l'hémorragie, la fièvre du post-partum au cours de la précédente grossesse, la mauvaise présentation de bébé, l'anémie sévère, l'âge (très jeune) et la taille, et la primiparité.
- ✓ Les femmes à haut risque étaient dirigées vers la maison d'attente de la maternité, deux semaines avant la date prévue pour leur accouchement.
- ✓ Un membre de la famille accompagnait toutes les femmes qui venaient dans cette structure. Ils y apportaient leur propre nourriture et leur bois de chauffe.
- ✓ Une infirmière de l'hôpital venait tous les jours et les femmes bénéficiaient de services de consultations prénatales.

RÉSULTATS

Sur les 72 femmes qui ont été admises à la maison d'attente, 34 ont subi des césariennes. Parmi les femmes ayant accouché auparavant de morts-nés, toutes celles qui ont été admises à l'établissement ont eu des bébés vivants. Le taux de morts-nés était 10 fois plus élevé pour celles qui étaient directement admises à l'hôpital, comparées à celles qui sont allées dans les maisons d'attente. La clé de l'utilisation réussie de ces maisons semble être la participation de la communauté à la conception, à la construction et au soutien des maisons d'attente⁽⁷⁵⁾.

C. LE GHANA

Danfa est une zone urbaine animée, située à 30 km au nord d'Accra, quoique disposant de 6 hôpitaux et de 68 maternités, 93 pourcent des accouchements sont effectués par des matrones. Même si les matrones pouvaient identifier les complications, elles faisaient parfois elles-mêmes l'accouchement, plutôt que d'envoyer les femmes à l'hôpital. Les femmes préféraient les matrones à cause du coût, de la distance, du manque de matériel et d'équipement et la peur, par avance, du traitement que leur réservait les prestataires de soins médicaux (douloureux et irrévérencieux). Par conséquent, une aile de l'hôpital a été rénovée pour servir de maison d'attente pour les mères. Vingt cinq femmes ont été orientées vers la maison d'attente située à l'hôpital.

RÉSULTATS

En réalité une seule femme a été admise dans la zone d'attente et y a passé la nuit. Le coût et l'épreuve que constitue la séparation d'avec la famille, le manque d'équipement (ex: la cuisine et la buanderie), l'absence d'appui communautaire et un environnement hostile étaient les raisons de la faible fréquentation de la maison d'attente située au sein de l'hôpital ⁽⁷⁵⁾.

D. LE NICARAGUA

La Casa Materna (la maison de la maternité) dispose de 20 lits et a été inaugurée à la fin de l'année 1987 lorsque les militantes féministes locales, membres de l'Organisation des Femmes du Nicaragua ont décidé de s'attaquer aux incidences de la mortalité maternelle et infantile dans les zones rurales. Elles ont découvert que les femmes ne fréquentaient pas l'hôpital parce qu'elles ne savaient pas où habiter en ville. La Casa materna a débuté avec un financement Suédois. Les travailleurs de la Casa Materna ne sont pas rémunérés. Selon le directeur, le but de la Casa Materna est "de permettre à la femme de donner leur pleine mesure grâce à un processus d'apprentissage qui met l'accent sur la reproduction et la liberté de la reproduction". Le centre des accouchements à haut risque (Centre for High Risk Pregnancies) et le Centre d'éducation continue (Continuing Education Center) ont également appuyé la maison. Ces organisations aident les femmes rurales qui ont été diagnostiquées comme étant "à haut risque", à savoir; très jeune; très âgée; tension artérielle élevée; ayant déjà 5 enfants, naissances multiples; ayant fait des fausses couches, et ayant eu une stérilisation dans le post partum. La plupart des femmes sont des femmes rurales démunies. Les femmes enceintes aident à nettoyer, faire la cuisine, la lessive et le jardinage ainsi que les activités telles que la couture. Cependant, le problème principal est le soutien financier⁽⁸³⁾. Les femmes arrivent d'habitude une semaine avant l'accouchement –lorsque le travail se déclenche, elles sont transférées à l'hôpital. La femme et son nouveau né retournent à la maison d'attente après l'accouchement, pour une période de 4-6 jours pour s'occuper du nouveau né et apprendre davantage sur les soins à lui prodiguer.

IV. LES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

A. L'INDONÉSIE: *Projet de la Banque Mondiale*

Par le biais du Projet de la Banque Mondiale: Prestation de Services de la Maternité Sans Risque (Delivering Safe motherhood Services) en Indonésie, l'Indonésie a lancé en 1988 son programme de "sages-femmes villageoises", avec comme objectif ambitieux, l'affectation d'une sage-femme dans chaque village, d'ici l'an 2000. La Banque a appuyé la formation et le déploiement des sages-femmes, de sorte qu'à l'heure actuelle, 54.000 d'entre elles sont en poste. Les objectifs du projet sont les suivants: créer une demande au niveau individuel, familial et communautaire; faire correspondre la demande à des services de meilleures qualité au niveau communautaire et ainsi qu'au niveau des centres de référence; mettre en place des systèmes durables pour maintenir le programme des sages-femmes communautaires; améliorer la compétence technique du personnel de l'hôpital en matière de prise en charge des urgences obstétricales et investir dans l'avenir par le biais d'un programme d'éducation à la santé de la reproduction pour adolescents.

ACTIVITÉS

- ✓ A introduit l'utilisation des carnets de santé maternelle tenus à domicile, remplis par les matrones mais conservés par les mères. Les matrones ont été formées à l'utilisation des carnets basée sur la reconnaissance des facteurs de risque et les références appropriées.
- ✓ A formé (en adoptant l'approche basée sur les compétences) et déployé les matrones communautaires affectées dans chaque village; a mis au point un système d'éducation continue et a renforcé l'association des sages-femmes.
- ✓ A formé des médecins généralistes à prendre en charge les complications obstétricales au niveau de l'hôpital de district.
- ✓ Une meilleure coordination, d'une part, entre les niveaux des formations sanitaires, et d'autre part, entre les formations et les communautés.
- ✓ Amélioration de la tenue des carnets à l'aide d'un bon système d'enregistrement. On a également initié un système de revue des cas (audit de chaque cas de mortalité maternelle/périnatale).
- ✓ A sensibilisé la communauté sur la nécessité de référer les cas à complications et les a aidé à améliorer le système de référence en mettant au point des systèmes de transport.
- ✓ Un programme de marketing social a été lancé pour accroître l'accès aux trousseaux d'accouchement sans risque; et les communautés ont également été éduquées sur l'importance des accouchements propres à domicile.

- ✓ Inspection régulière par les pairs, les sages-femmes du village ont été supervisées et guidées par des sages-femmes plus anciennes formées au processus d'inspection des pairs.
- ✓ Un matériel d'éducation continue a été mis au point à partir des renseignements recueillis au cours des visites d'inspection des pairs, en ce qui concerne les connaissances et les compétences qui ont besoins d'être renforcés.

RÉSULTATS

Il y a eu une augmentation dans la fréquentation des consultations prénatales dans la zone contrôle, de 75 à 95 pourcent. Un tiers des femmes qui ont eu des complications intrapartum ont accouché dans des hôpitaux, comparé à 10 pourcent dans les zones contrôle. Même si les matrones ont été formées à améliorer les références, le taux était encore très faible et seulement légèrement plus élevé dans la zone où était menée l'étude. Les femmes pouvaient se rendre directement à l'hôpital et c'est ce qu'elles faisaient souvent ⁽⁸⁴⁾.

B. LE NÉPAL (CEDPA)

Le Réseau de la Maternité Sans Risque (Safe Motherhood Network) a débuté en 1995, sur la base du succès enregistré par une Journée Nationale des préservatifs. La première activité a commencé le 8 mars 1996 où plus de 20 organisations Internationales et Népalaises se sont mobilisées pour faire passer le message de la Journée Nationale de l'Accouchement Propre tenue dans 41 des 75 districts du Népal. Le groupe était si satisfait du succès remporté qu'il a mis en place un réseau et a tenu une rencontre de planification pour élaborer un plan d'action afin de supporter les efforts; dont:

1. la promotion d'une collaboration intersectorielle;
2. le développement d'un thème annuel qui sera renforcé par les organisations, tout au long de l'année; et
3. la poursuite de la distribution de matériel IEC basé sur le thème annuel.

Le second événement organisé le 8 mars 1997 a regroupé 63 organisations dans 70 districts, touchant environ 8-9 millions d'hommes et de femmes avec le message, "Responsabilité Familiale"⁽⁸⁵⁾.

C. LE NÉPAL: PATH/Save The Children

Au Népal, les femmes accouchent habituellement dans des endroits sales assistées par des individus non formés, habituellement un membre de la famille ou une autre femme du village. Pour de nombreuses femmes et enfants, ces pratiques entraînent des infections, y compris la septicémie et le tétanos. L'alliance PATH et Save the Children a trouvé la solution à ce problème. Ils ont développé un prototype de trousse d'accouchement plus sûr, à usage unique et l'ont distribué aux femmes enceintes. Ils ont évalué plus tard l'usage du trousseau ainsi que son acceptation par les femmes. Le Gouvernement du Népal a approuvé la trousse, une société privée appartenant à des Népalaises le fabrique, et plus de 100.000 trousses ont été commercialisées à un prix promotionnel dans tout le pays. La trousse permet de disposer d'équipements pour des accouchement propres et un mode d'emploi pour son usage approprié. Elle est bon marché et disponible dans les petits magasins, sur le marché local et auprès des associations féminines⁽⁸⁶⁾.

D. L'ÉTAT DE CROSS RIVERS, NIGÉRIA (PMM)

ACTIVITÉS

- ✓ Les décideurs politiques ont été sensibilisés sur le problème de la mortalité maternelle.
- ✓ Le personnel de la banque de sang a été formé afin qu'il améliore son comportement et afin de lui permettre de répondre plus rapidement aux demandes de sang.
- ✓ La banque de sang de l'hôpital de district et d'une polyclinique ont reçu un réfrigérateur, des sachets de sang et des appareils de prise de sang.
- ✓ Les procédures administratives de don et de contrôle de compatibilité ont été rationalisées.
- ✓ Il y a eu une mobilisation communautaire (à l'aide de 20 éducateurs communautaires formés) pour dissiper les craintes de la communauté et leurs mauvaise perception du don de sang.

RÉSULTATS

Le don de sang a augmenté de 40 pints (22,4 litres) par mois en 1990 à 81 pints (45,36 litres) en 1995, cependant une grève nationale a interrompu les services et cette augmentation ne s'est pas poursuivie. Les dons volontaires ont augmenté de 8 à 53 pourcent – ils provenaient auparavant pour la plupart de donneurs rémunérés. La prise de conscience des communautés allait de 5 pourcent pour des cas de dystocie à 63 pourcent des cas d'hémorragie du post partum. Quatorze des 39 communautés ont mis en place des programmes de prêts communautaires et des prêts ont été consentis dans 9 communautés. Les systèmes de transport ont été mis en place dans 9 communautés⁽⁸⁷⁾.

V. LES SERVICES OBSTÉTRICAUX

A. JUABEN, GHANA (PMM): *Centre de Santé*

ACTIVITÉS

- ✓ A fourni du matériel pour la salle d'opération, la salle de travail et le laboratoire.
- ✓ A amélioré la fourniture d'eau.
- ✓ A affecté, au centre de santé, un médecin capable de résoudre les complications obstétricales au centre de santé.
- ✓ Des cours de recyclage sur les techniques de sauvetage et de communication interpersonnelle ont été organisés pour les matrones.
- ✓ Un lot de médicaments a été acheté et un fonds de roulement créé.
- ✓ Un plaidoyer en faveur de la création d'une banque de sang qui conserverait un petit stock de sang au centre de santé a été fait; un réfrigérateur et d'autres équipements ont été fournis.
- ✓ Une association de donneurs de sang a été créée au centre de santé grâce au stock de sang de la Croix Rouge locale.
- ✓ A un stade ultérieur, l'éducation communautaire a mis l'accent sur la reconnaissance précoce et la nécessité de traiter rapidement.

RÉSULTATS

Le nombre de femmes avec complications qui ont été consultées à l'hôpital, est passé de 19 en 1992 à 37 en 1995. Les césariennes sont passées de 23 en 1993, à 90 en 1995. Il n'y a pas eu de décès chez les femmes traitées. Les références à partir du centre de santé ont baissé de 42 à 14 pourcent parce que davantage de cas pouvaient être traités aux centres de santé. Il y a eu une augmentation significative de l'extraction manuelle du placenta, la naissance par ventouse et les procédures de réparation de l'épisiotomie⁽⁸⁸⁾.

B. PAKRO, GHANA (PMM): *Le Poste de santé***ACTIVITÉS**

- ✓ A amélioré la banque de sang de l'hôpital de district avec un réfrigérateur et un groupe électrogène.
- ✓ A créé un centre de santé comprenant des lits, un réfrigérateur, une fourniture en eau saine, des médicaments et du matériel.
- ✓ La matrone formée (sur les techniques d'urgence, SSP et les techniques de communication interpersonnelle) a été affectée au centre de santé.
- ✓ En 1994, les interventions de la communauté se sont basées sur la réduction des retards lors de la recherche de soins.
- ✓ A formé des matrones à l'identification des signes de danger.

RÉSULTATS

Le nombre total d'accouchements a augmenté de 16 en 1992 à 25 en 1995. 32 femmes ayant des complications ont été admises au centre de santé pendant cette période; 12 ont été traitées et 20 ont été évacuées⁽⁸⁹⁾.

C. EKPOMA, NIGÉRIA (PMM): *Hôpital***ACTIVITÉS**

- ✓ A fourni de l'équipement pour la salle d'opération, la salle de travail et le laboratoire.
- ✓ Les médecins ont bénéficié de cours de recyclage sur les complications d'urgence; les infirmières ont été formées aux services obstétricaux de base; le personnel du laboratoire sur les méthodes de transfusion.
- ✓ Un lot de médicaments a été acheté et un fonds de roulement, créé.
- ✓ Une banque de sang a été créée et dispose d'un groupe électrogène de secours
- ✓ A un stade ultérieur, les interventions communautaires ont permis de mettre en place un prêt de fonds pour les transports d'urgence.

RÉSULTATS

12 des 13 clans contactés ont lancé un fonds de crédit. Au cours de la première année, 456 familles ont fait une demande de prêt (\$7-\$15) et 380 prêts ont été accordés, dont 354 ont été entièrement remboursés.

Le nombre d'admissions est resté le même. Le nombre de césariennes est passé de 0 en 1990-91 à 13 en 1995. Le nombre de femmes qui ont eu des complications et qui ont été examinées à l'hôpital a augmenté et est passé de 7 en 1990 (5%) à 29 (20%) (des admissions obstétricales) en 1993; mais en 1995, seules 12 femmes ayant eu des complications ont été consultées. Malgré les améliorations apportées à la banque de sang, le nombre de transfusions restent faibles. Il y a eu beaucoup de changement au niveau du personnel, une faible utilisation des services publics et des émeutes en 1993-94⁽⁷⁶⁾ qui ont rendu les progrès difficiles à maintenir.

D. ÉTAT DE KEBBI, NIGÉRIA (PMM): Hôpital de District

ACTIVITÉS

- ✓ Le médecin-chef (obstétricien/gynécologue) engagé comme consultant a organisé une formation sur le tas et a pris en charge les cas normaux et les complications.
- ✓ A équipé la salle d'opération, la salle de travail et le laboratoire.
- ✓ Formation des sages-femmes sur les techniques de sauvetage et de communications interpersonnelles.
- ✓ Formation des médecins aux soins d'urgence obstétricales, en particulier aux césariennes.
- ✓ Fourniture de lot de médicaments et de matériels d'urgence ainsi que des médicaments essentiels.
- ✓ A un stade ultérieur, l'éducation communautaire a mis l'accent sur l'identification des complications et la nécessité d'un traitement et d'un transport rapide.

RÉSULTATS

Le nombre de césariennes a augmenté de 101 en 1991, à 131 en 1995. Le taux de létalité est passé de 22 pourcent à 5 pourcent au cours de la même période, chez les femmes. Le nombre de femmes avec des complications ayant consultés à l'hôpital a augmenté de 200 en 1990 à 227 en 1994, puis a baissé pour atteindre le chiffre de 152 en 1995. Une mini-enquête a fait état d'un accroissement de plus de 30 pourcent de connaissances chez les hommes et chez les femmes, même si l'utilisation des services hospitalier n'a pas augmenté. La majorité des cas de complications ayant fait l'objet d'une consultation (68%) étaient des hémorragies, dues en grande partie à des avortements risqués. Les décès maternels ont baissé de 44 en 1991 à 7 en 1995⁽⁹⁰⁾.

E. ÉTAT D'OGUN, NIGÉRIA (PMM): Hôpital de District

ACTIVITÉS

- ✓ Amélioration de la tenue du fichier et des études trimestrielles sur la mère.
- ✓ Equipement de la salle d'opération, de la salle de travail et du laboratoire.
- ✓ Cours de recyclage pour le personnel médical: médecins et infirmiers.
- ✓ Achat de lot de médicaments et création d'un fonds de roulement.
- ✓ Fourniture en énergie électrique fiable (un groupe électrogène), mais des problèmes sont survenus lors de la création de la banque de sang.
- ✓ Plus tard, les interventions communautaires ont porté sur l'amélioration de l'accès et la réduction du temps d'attente lors de la recherche de la formation des matrones, l'IEC et le fonds d'urgence.

RÉSULTATS

Le nombre de femmes avec complications consultées à l'hôpital, a baissé de 123 en 1992 à 55 en 1994, mais a augmenté de 91 en 1995. Le taux de létalité était de 6,6 pourcent en 1995, comparé à 7,3 pourcent en 1992. Le nombre de mères admises en général est demeuré à peu près le même: 492 en 1992, 439 en 1995. Il était difficile de maintenir les médecins en place. Il devrait y avoir 3 médecins, mais un seul était employé⁽⁹¹⁾.

F. **ZAIRA, NIGÉRIA (PMM):**
Centre Hospitalier Universitaire

ACTIVITÉS

- ✓ A créé une salle d'opération (autoclave et matériel; restauration d'un pavillon de maternité).
- ✓ A installé l'eau courante.
- ✓ Formation de sage femmes.
- ✓ A introduit un lot de médicaments d'urgence à l'aide d'un fonds de roulement.
- ✓ Le gouvernement a offert une ambulance.
- ✓ A introduit un système de don de sang dans les services de soins prénatals (qui exigent un réservation).
- ✓ Plus tard, les interventions communautaires se sont concentrées sur la création d'un fonds de prêt d'urgence.
- ✓ A créé un système de transport en collaborations avec des chauffeurs privés qui ont volontairement donné de leur temps pour répondre aux urgences.

RÉSULTATS

Vingt-trois chauffeurs se sont engagés à participer et 58 ont participé volontairement à temps partiel. L'intervalle de temps moyen entre l'admission et le traitement a été réduit de 57 pourcent, de 3,7 heures en 1990 à 1,6 heures en 1995. La proportion des femmes traitées en moins de 30 minutes est passée de 39 pourcent au milieu de l'année 1993 à 87 pourcent à la fin de 1995. Le taux de létalité chez les femmes ayant des complications obstétricales graves est passé de 14 pourcent en 1990 à 11 pourcent en 1995. Le nombre de femmes ayant consulté, chaque année pour des complications a cependant baissé de 326 en 1990 à 65 en 1995. Ce déclin dans l'utilisation des services de la santé du secteur public était dû à une augmentation quintuple des honoraires et de la grève des agents de la santé.

G. BO, SIERRA LEONE (PMM)

ACTIVITÉS

- ✓ Le laboratoire de l'hôpital a été rénové et les techniciens ont été formés.
- ✓ La capacité de stockage du sang a été augmentée.
- ✓ Un lot de médicaments a été acheté et un fond de roulement créé.
- ✓ A un stade ultérieur, la communauté a été associée pour encourager le don de sang.
- ✓ Un véhicule a été affecté à l'hôpital et des motocyclettes affectées aux unités de SSP pour assurer le transport des urgences.

RÉSULTATS

Deux communautés ont créé un fonds de crédit communautaire. Il n'y a pas eu de manque de médicaments et le projet a recouvré 57 pourcent du coût des médicaments. Le nombre de dons de sang a augmenté de 304 à 501 de 1992 à 1993 et le nombre de transfusions a augmenté de 296 à 452. Les taux de létalité dus à des complications obstétricales graves ont baissé de 13 pourcent en 1993 et de 10 pourcent en 1995. La moitié au moins des femmes ayant des complications sont arrivées à l'hôpital dans le véhicule du projet⁽⁹³⁾.

H. MAKENI, SIERRA LEONE (PMM)

ACTIVITÉS

- ✓ Atelier de sensibilisation.
- ✓ A fourni des médecins formés et des sage femmes formées sur les techniques d'urgence.
- ✓ A fourni des services fonctionnant 24 heures sur 24, en réaménageant les horaires de travail du personnel.
- ✓ A restauré une salle d'opération, en procédant à des modifications très simples.
- ✓ Achat d'un lot de médicaments et création d'un fonds de roulement.
- ✓ A créé une banque de sang dotée d'un groupe électrogène de secours.
- ✓ Plus tard, on y a ajouté une composante de mobilisation communautaire. On a fournit des bicyclettes pour encourager le système de transport d'urgence et faciliter les références.

- ✓ La communauté ainsi formée se mobilise pour faciliter les références. Un véhicule tout terrain et un poste émetteur - récepteur ont été installés.
- ✓ Le traitement se fait avant le paiement pour assurer que les ressources ne soient pas une barrière.
- ✓ Les sages-femmes ont perçu un supplément de salaire pendant un an.

RÉSULTATS

Les évacuations effectuées par les animateurs communautaires ont baissé de 24 pourcent à 1 pourcent, les deux premières années. Le nombre d'accouchements a augmenté de 42 en 1990 à 82 en 1995. Le nombre de femmes ayant consulté à l'hôpital et présentant des complications a augmenté de 31 en 1990 à 98 en 1995. Le taux de létalité chez les femmes a baissé de 32 pourcent à 5 pourcent. Les césariennes sont passées de 2 en 1990 à 38 en 1995.

VI. LES PROGRAMMES NÉONATALS

A. L'INDONÉSIE: *Projet de Régionalisation Périnatal, Tanjungsari, Java Occidentale*

Cette localité est située dans le sous-district rural de Java Occidentale avec une population de 90.000 habitants desservis par trois centres de santé de l'état et des sages-femmes, et distante de 40 km de l'hôpital de district. Les villages de cette région montagneuse sont reliés par des mauvaises routes. Quoique les services de soins prénatals soient bien fréquentés, les matrones sont les principales prestataires de service en ce qui concerne les accouchements et la période du post-partum.

ACTIVITÉS

- ✓ Des matrones ont été formées afin d'identifier les complications maternelles et néonatales.
- ✓ Des maisons d'accouchement communautaires ont été créées au niveau du village, où des sages-femmes communautaires (bidan di desa) peuvent travailler et éventuellement résider. Les maisons d'accouchement étaient équipées de lits, de balances et de matériel pour faire les accouchements normaux et assurer les services de santé infantile et de reproduction. Un appareil émetteur récepteur y a été installé.
- ✓ La formation de tous les agents de santé officiel et non officiel, a été assurée et à tous les niveaux sur les signes de danger.

- ✓ L'élaboration d'une stratégie IEC pour sensibiliser davantage la population aux signes de danger et au but poursuivi par les centres d'accouchement communautaire.

RÉSULTATS

Les matrones étaient les principales prestataires de services en matière d'accouchement; le site d'accouchement était toutefois différent. Dans l'étude, il y a eu 85 pourcent d'accouchement à domicile, comparé à 96 pourcent dans la zone contrôle. Dans la zone d'étude, 31 pourcent des femmes qui ont eu des complications ont accouché dans des formations sanitaires, comparé à 10 pourcent seulement dans la zone contrôle. Les matrones traditionnelles ont référé 18 pourcent des femmes qui ont eu des complications intra partum contre 9 pourcent dans la zone de contrôle. Mais l'enthousiasme des matrones à référer les patients à ensuite baissé alors que le projet se poursuivait⁽⁹⁵⁾.

B. L'INDE: Recherche

ACTIVITÉS:

L'OMS recommande que les enfants de moins de 2 mois soient traités dans un hôpital. En Inde, une ONG a mené une expérience sur la prise en charge des cas de pneumonie par les agents de santé villageois (ASV) et les matrones. On a formé 25 agents de santé masculins (en 6 séances de 1,5 heures chacune) et 86 matrones (en 6 séances de 1,5 h chacune) sur le diagnostic de la pneumonie basé sur la fréquence respiratoire rapide (d'environ 60 respirations par minute pour un nouveau né âgé de 1 mois et de 50 pour un nourrisson de deux mois), le tirage nasal et inter-costal. Puisque les matrones ne savaient ni lire ni compter, on les a formées à reconnaître des signes visibles de respiration difficile. Le projet a mis au point un compteur de respiration (un sablier) qui mesurait une minute. Il avait cinq perles vertes et une perle rouge pour signaler le taux de respiration rapide. La plupart des matrones pouvaient compter jusqu'à 10, lorsqu'elles atteignaient dix, elles déplaçaient une des perles vertes. Si elles atteignaient la perle rouge avant que le temps soit terminé, ceci indiquait que l'enfant avec un rythme respiratoire rapide avait besoin de traitement.

RÉSULTATS

La majorité des cas de pneumonie surviennent au cours du premier mois de la vie. Les matrones avaient le plus grand nombre de dossiers avec 50 cas, alors que les agents de santé villageois en avait 33. Les matrones avaient également des enfants plus malades, parce que de nombreuses familles refusaient d'amener leur enfant à la formation sanitaire. Parmi les matrones, les cas sans erreur de diagnostic se sont améliorées de 56 à 84 pourcent en 2 ans. Cette technique a 59 pourcent de corrélation quand la fréquence respiratoire était comptée. Trois matrones ont eu des difficultés à poser leur diagnostic pour cause de maladies mentales. Si l'on exclut ces trois cas, les matrones ont enregistré un taux de létalité de (0,5) comparable à celui des agents de santé villageois (0,7) et elles ont traité plus de cas. La mortalité néonatale due à la pneumonie a chuté de 44 pourcent⁽⁷⁹⁾.

C. L'INDE: Le Gouvernement

ACTIVITÉS

Le faible poids de naissance est un problème sérieux en Inde. Par conséquent, le gouvernement a formé les matrones et les Aganwandi Workers (AWW) pour évaluer le faible poids de naissance, en mesurant la longueur du pied du nouveau né. Les matrones ont été formées aux soins essentiels à prodiguer au nouveau né (réchauffement, réanimation par la respiration) et la prise des empreintes des pieds du nouveau né. Les matrones suivaient l'allaitement, la couleur des plantes de pied et l'activité. Les Aganwandi Workers venaient le jour suivant l'accouchement. Si la taille du pied mesurait moins de 6,5 cm, le nouveau né était référé vers un centre secondaire. Si le nouveau-né mesurait entre 6,5-7 cm l'Aganwandi effectuait des visites fréquentes de suivi pour évaluer l'allaitement et l'activité. Elle enseignait la méthode du réchauffement kangourou et suivait le nouveau né jusqu'à ce que la plante de ses pieds deviennent roses.

RÉSULTATS

Le recours aux soins prénatals a en conséquence augmenté et l'enregistrement des naissances s'est accru. En outre, la mortalité infantile a baissé de 58,1 en 1989-90 à 45,1 en 1990-93.⁽⁹⁶⁾

VII. CONCLUSION

Ce Chapitre tâche de divulguer les activités, les résultats et les leçons apprises des programmes de pays spécifiques, à la fois leurs succès et leurs difficultés. Nous espérons que ces exemples donneront aux directeurs de programme une direction concernant la façon dont des programmes ont été conçus et mis en application, aussi bien qu'en précisant certains des pièges qu'ils pourraient souhaiter éviter. D'une manière plus importante, ces programmes démontrent que le progrès peut être réalisé en termes de santé maternelle et néonatale quand des interventions stratégiquement choisies sont mises en place pour répondre aux besoins de la communauté locale.

Nous croyons que ce problème complexe de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales peut être surmonté si nous travaillons tous ensemble d'une façon stratégique et compréhensive.

GLOSSAIRE

Accouchement/Travail

Le premier stade du travail comprend la dilatation du col de l'utérus. La deuxième étape comprend l'expulsion du fœtus, et la troisième étape est celle de l'expulsion du placenta et des membranes.

Acide Folique

Un complexe de la vitamine B nécessaire au développement normal des globules rouges. La carence en acide folique avant la grossesse peut se traduire par des malformations du conduit urinaire chez le nouveau-né/fœtus

Albuminurie/Protéinurie

La présence d'albumine - une substance protéique dans l'urine associée à la pré-éclampsie et à l'éclampsie.

Anténatale/Périnatale

La période de 40 semaines environ qui va de la conception au déclenchement du travail.

Asphyxie Néonatale

Une pathologie médicale rare provoquée par un manque d'oxygène et un excès de gaz carbonique dans le sang, provoquant parfois la mort du fœtus/nouveau né.

Avortement

Expulsion spontanée ou provoquée de la grossesse par l'utérus, avant la 28^e semaine de la gestation, qui met un terme à la grossesse.

Centre d'Attente Pour les Femmes

Un bâtiment ou tout autre édifice conçu pour accueillir les femmes enceintes présentant des risques de complications réels ou potentiels et qui leur permet d'attendre l'accouchement près d'un centre de santé.

Césarienne

Opération obstétricale par laquelle le fœtus est extrait par une laparotomie sous ombilicale, d'habitude après 28 semaines de gestation.

DALYs

Longueur de vie ajustée pour l'incapacité.

Délivrance

Terme profane pour désigner l'expulsion du placenta et des membranes fœtales après la naissance.

Délivrance Artificielle du Placenta

Effectuée soit manuellement, soit par l'extraction par aspiration du placenta ayant été retenu.

Eclampsie/Toxémie

Une pathologie médicale grave, qui survient surtout au cours des premières grossesses. Elle se caractérise par l'albuminurie, l'hypertension, des convulsions, des lésions cérébrales et rénales et aboutit souvent à la mort de la mère.

Episiotomie

Incision de l'orifice vaginale amincie pratiquée au cours de l'accouchement pour l'élargir et éviter une distension, une déchirure et des dommages du plancher pelvien.

Ergotamine

Substance chimique qui se trouve également à l'état naturel dans certains thés et tisanes, utilisée pour la prévention ou le contrôle du saignement. Son action induit des contractions utérines répétées.

Fer

Élément métallique jouant un rôle important dans la composition de l'hémoglobine.

Fistule

Un passage anormal entre deux cavités (vagin/vessie, vagin/rectum). La fistule la plus commune est la fistule vésico-vaginale (FVV) se trouvant dans la paroi entre le vagin et la vessie; elle rend la femme incontinente, ce qui la rend sujette à l'infection et à l'infertilité.

Formation basée sur la compétence

Une approche systématique de formation dans laquelle un stagiaire apprend la connaissance nécessaire et la compétence pour exécuter un travail. Ceci est différent de la plupart des formations parceque il n'y a pas de quota pour le nombre de procédures qui ont besoin d'être exécutées. Les stagiaires répètent le travail jusqu'à ce qu'ils soient expérimentés dans la performance de la procédure.

Gravide

Le nombre de grossesses, y compris les morts-nés et les avortements qu'une femme a eus au cours de sa vie. Une primipare est une femme ayant eu une grossesse, alors qu'une multipare est une femme qui a eu plusieurs grossesses.

Hémoglobine

Un pigment (protéine et fer) contenu dans les globules rouges. Il transporte l'oxygène par le biais du sang.

Hémorragie

Une perte importante de sang, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du corps.

Hémorragie Anténatale

Une hémorragie qui survient entre la conception et le déclenchement du travail.

Hémorragie du Post Partum

Hémorragie qui survient après l'accouchement, habituellement 2-4 heures après. Elle peut survenir après la délivrance du placenta ou être due à une rétention placentaire.

Hypertension

Tension artérielle élevée; habituellement au-dessus de 140/90 mmHg.

Infibulation

Une procédure qui consiste à l'ablation du clitoris, les petites lèvres et la majorité des grandes lèvres, en couvant ensemble les bordures des blessures des grandes lèvres pour créer une surface cicatrisée.(un type de mutilation génitale de la femme).

Infertilité

Incapacité à concevoir.

Intrapartum

Le temps compris entre le début du travail et la fin l'accouchement, y compris la délivrance du placenta.

Mort-né

Un nouveau-né mis au monde après 28 semaines de grossesse mais qui n'a jamais respiré ou démontré des signes de vie.

Nouveau-Né/Néonate

Un bébé dont l'âge va de la naissance aux 28 premiers jours de la vie. La période néonatale comprend les 28 premiers jours après la naissance.

Ocytocine

Une hormone pituitaire qui stimule la contraction de l'utérus.

Ocytocique

Appellation donnée à toute substance chimique (e.g. ergotamine) qui stimule les contractions de l'utérus afin de provoquer ou d'accélérer le travail.

Oedème

Pathologie médicale caractérisée par une absorption excessive de liquide par les tissus du corps. Ceci est dû à: 1) un excès de production du liquide corporel, et/ou 2) de mauvais mécanismes d'excrétion et d'absorption.

Parenteral

Façon d'administrer les médicaments et les liquides, en infusions intraveineuses ou injections intramusculaires.

Parité

Le nombre de naissances qu'une femme a eu dans sa vie une primipare est une femme qui accouche pour la première fois et une multipare est une femme qui a eu plusieurs accouchements.

Partograph/Partogram

Un instrument qui enregistre et contrôle les progrès du travail, y compris le temps entre les contractions, la dilatation du cervix et le taux de battement de coeur du foetus.

Période du Post Partum

Période qui va de la délivrance du placenta aux 42 premiers jours après l'accouchement.

Placenta

Est un organe plat de 17-21 cm de diamètre qui se forme au cours de la 12^e semaine de gestation et qui permet de transmettre, au foetus, l'oxygène et autres éléments nutritifs essentiels et l'élimination des déchets. Le placenta est délivré dans la troisième étape du travail. Si des morceaux de placenta sont retenus, cela peut causer une hémorragie du Post-Partum.

Placenta Previa

Un placenta mal inséré qui couvre tout ou une partie du col de l'utérus, et qui peut provoquer une hémorragie du post partum et la mort du foetus.

Pourvoyeur Compétent

Un pourvoyeur compétent est un docteur, sage-femme ou infirmière qui ont assisté à des études/cours et peuvent: s'occuper du travail normal et de l'accouchement, reconnaître le début des complications maternelles et néonatales, exécuter les compétences de sauvetage de vie, déclencher les traitements, et superviser les références à des installations de santé plus importantes.

Pré-éclampsie/Toxémie

Une pathologie caractérisée par une rétention de liquides (oedème), l'albuminurie, l'hypertension, (une élévation de la PA de 15-20 mm au-dessus de la PA précédente) qui pourrait conduire à l'éclampsie.

Premier Niveau de Prise en Charge

Niveau du système de santé qui est conçu et équipé pour assurer des services obstétricaux complets d'urgence.

Présentation du Siège

Lorsque le fœtus se présente de telle façon que ses fesses se trouvent à la partie la plus basse de l'utérus et en général le fœtus sort par le col de l'utérus les pieds en avant.

Présentation Transversale

Présentation du fœtus en travers de l'utérus au lieu de la position normale où la tête du nouveau-né est dirigée vers le bas du col de l'utérus.

Prolapsus Utérin

L'utérus fait saillie dans le vagin suite à une élongation ou à un affaiblissement des ligaments utérins.

Ratio de Mortalité Maternelle

Le nombre de femmes qui meurent en état de grossesse ou dans les 42 jours suivants la grossesse, dû à des causes liées à la grossesse ou aggravées par cet état, sur 100 000 naissances vivantes en un an

$$\frac{\text{Nombre de décès maternels en un an}}{100,000 \text{ naissances vivantes en un an}}$$

Rétention Placentaire

Une pathologie caractérisée par la non délivrance totale ou spontanée du placenta après l'accouchement, provoquant une incapacité de l'utérus à se contracter, ainsi qu'à l'hémorragie du post partum.

Septicémie Puerpérale

Infection systématique due à l'infection des voies génitales de l'utérus suite à un accouchement.

Soins Obstétricaux d'Urgence

Le minimum d'interventions requises pour le contrôle approprié des complications obstétriques. Ceci inclus la chirurgie obstétrique (Césarienne, traitement des lacérations, laparotomie), anesthésie, Traitement médical pour l'état de choc, éclampsie et anémie, transfusion de sang, procédures manuelles. Et accouchement assisté.

Soins Obstétricaux Essentiels

Le minimum d'interventions pour promouvoir une grossesse et un accouchement sains. Ceci inclus les soins anténatals (dépistage des infections, maladies, TT, bonne nutrition), planification des naissances, Assurer les accouchements par un prestataire qualifié, référence et gestion des complications obstétriques (soins obstétricaux d'urgence), et soin et contrôle du post-partum.

Taux de Morbidité Maternelle

Le nombre de femmes qui meurent pendant la grossesse ou pendant les 42 premiers jours qui suivent, dû à des causes liées ou aggravées par cet état, sur 100,000 femmes en âge de procréer sur une période d'un an

$$\frac{\text{Nombre de décès maternels en un an}}{100,000 \text{ femmes en âge de procréer dans la population.}}$$

Taux de Mortalité Néonatale

Le nombre de décès au cours des 28 premiers jours de la vie pour 1000 naissances vivantes en un an.

$$\frac{\text{Mortalités néonatales dans les premiers 28 jours de la vie}}{1000 \text{ naissances vivantes en un an}}$$

Taux de Mortalité Périnatale

Le nombre de morts fœtales à un stade avancé (28-40 semaines de gestation) jusqu'à la première semaine de la vie. Ceci inclus le nombre de décès vers la fin de la grossesse (22-40 semaines de gestation, incluant les morts-nés) plus le nombre de décès au cours des sept premiers jours de la vie, sur 1000 naissances vivantes en un an

$$\frac{\text{nombre de décès vers la fin de la grossesse (de 22-40 semaines, incluant les morts-nés) et dans les premiers sept jours de la vie}}{1000 \text{ naissances vivantes plus les morts-nés en un an.}}$$

Travail Prolongé

Travail qui dure plus de 12 heures.

PRÉSENTATIONS

Présentation 1	Causes de la mortalité/morbidité maternelle	P-ii
Présentation 2	Causes des décès néonataux	P-iii
Présentation 3	Éléments principaux de la planification de l'accouchement/se préparer pour la grossesse	P-iv
Présentation 4	Signes de danger pour les femmes	P-v
Présentation 5	Signes de danger pour les nouveaux-nés	P-vi
Présentation 6	Outils d'évaluation des risques pour la santé maternelle et néonatale	P-vii
Présentation 7	Liste illustrative d'indicateurs	P-x
Présentation 8	Éduquer et mobiliser la communauté	P-xi
Présentation 9	Améliorer les transports entre le centre de santé et l'hôpital	P-xii
Présentation 10	Améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé	P-xiii
Présentation 11	Actions inter-sectorielles nécessaires à la promotion de la maternité sans danger	P-xiv
Présentation 12	Les meilleures pratiques actuelles: services de la santé maternelle de qualité	P-xv
Présentation 13	Les meilleures pratiques actuelles: préconception	P-xvi
Présentation 14	Les meilleures pratiques actuelles: la grossesse	P-xvii
Présentation 15	Les meilleures pratiques actuelles: la grossesse	P-xviii
Présentation 16	Supplémentation en micro-aliments	P-xix
Présentation 17	Les protocoles de traitements préférés pour les femmes et les nouveaux-nés	P-xx
Présentation 18	Structures sanitaires pratiquant des soins obstétricaux d'urgence complètes	P-xxi
Présentation 19	Les meilleures pratiques: accouchement/prise en charge de l'issue de la grossesse	P-xxii
Présentation 20	Accouchements propres: les "six propres"	P-xxiii
Présentation 21	Urgence!!! Qu'est-ce qu'une matrone formée peut faire?	P-xxiv
Présentation 22	Les meilleures pratiques actuelles: la période de post-partum maternel	P-xxv
Présentation 23	Les meilleures pratiques actuelles: soins maternels dans le post-partum: signes de danger: 24 H après l'accouchement	P-xxvi
Présentation 24	Les meilleures pratiques actuelles: soins maternels dans le post-partum: services: 24 H après l'accouchement	P-xxvii
Présentation 25	Les meilleures pratiques actuelles: les soins néonataux	P-xxviii
Présentation 26	Traitement préféré pour les infections des nouveaux-nés	P-xxix
Présentation 27	Soins essentiels au nouveau-né et signes de danger	P-xxx

PRÉSENTATION 1

CAUSES DE LA MORTALITÉ/MORBIDITÉ MATERNELLE

Combinaison de facteurs socio-économiques tels que:

- Pratiques dangereuses (par ex. la mutilation génitale de la femme);
- Mauvaise alimentation et facteurs associés;
- Statut inférieur des femmes/responsabilisation/prise de décision;
- Grossesse fréquentes/natalité élevée/mauvais espacement des naissances;
- Mariage précoce et grossesse pendant l'adolescence;
- Importante charge de travail;
- Recours à la médecine traditionnelle et aux guérisseurs;
- Désir d'avoir de petits bébés; et
- Abus émotionnels/Violence.

Besoins non satisfaits en matière de planning familial dus:

- Aux croyances et pratiques traditionnelles ;
- A l'ignorance; et
- Aux services de mauvaise qualité ou inaccessibles.

Retard dans la reconnaissance du problème dû:

- Aux croyances traditionnelles;
- Aux mauvaises perceptions des risques;
- A la faible connaissance des causes de décès, des signes de danger de complications; et
- Programmes de dépistage inadéquats.

Retard dans la décision de rechercher des soins dû:

- Au statut inférieur des femmes/Participation à la prise de décision;
- Au manque de planification des naissances/préparation;
- Taux élevé d'accouchements à domicile non assistés pratiqués par des personnes non formées;
- Services de santé de mauvaise qualité (perçue ou réelle).

Retard pour arriver au centre de santé à cause:

- De la distance géographique;
- Du manque de moyens pour payer les prestations;
- Des systèmes de communication/Transports inadéquats; et
- De la méconnaissance de l'endroit où aller et de la façon d'y aller.

Retard dans l'obtention de traitement de qualité dans un centre de santé à cause:

- Du manque de médicaments, de matériel médical, de sang et d'équipement pour traiter les complications;
- Du processus administratif lourd;
- Du manque de personnel compétent et motivé;
- Du manque de système de supervision et de gestion de l'information; et
- Du manque de stratégies avancées et de mécanisme de suivi.

PRÉSENTATION 2

CAUSES DES DÉCÈS NÉONATALS

Combinaison de facteurs socio-économiques tels que:

- Grossesse rapprochées/natalité élevée/mauvais espacement des naissances;
- Grossesses pendant l'adolescence;
- Désir d'avoir des bébés de petites tailles; et
- Début de la discrimination entre les sexes en bas âge.

Retard dans la reconnaissance du problème dû:

- Aux croyances traditionnelles;
- A la méconnaissance des signes de danger;
- Au décès maternel; et
- Au taux élevé d'accouchements à domicile non assistés avec/sans l'aide de personnes non formées.

Retard dans la décision de rechercher des soins à cause:

- Des croyances traditionnelles; et
- De la méconnaissance des signes de danger.

Retard pour arriver au centre de santé à cause:

- Du manque de ressources pour payer les services;
- Des systèmes de transport inadéquats; et
- De la méconnaissance de l'endroit où aller et de la façon d'y aller.

Retard dans l'obtention de traitement de qualité au centre de santé à cause:

- Du manque de personnel pour prendre en charge les faibles poids à la naissance et les infections néonatales;
- De l'absence de système de supervision et d'information; et
- De l'absence de stratégies avancées et de mécanisme de suivi.
- De l'absence des médicaments et équipements pour traiter correctement les complications.

PRÉSENTATION 3

ÉLÉMENTS PRINCIPAUX DE LA PLANIFICATION DE L'ACCOUCHEMENT/SE PRÉPARER POUR LA GROSSESSE

- ✓ Informer les femmes sur ce qui va se passer pendant la grossesse, y compris leur date d'accouchement prévue et prendre soin d'elles-même pendant la grossesse (par exemple, nutrition et réduction de la charge de travail).
- ✓ Connaître et identifier les signes de danger pour la mère pendant la grossesse, l'accouchement, et la période de post-partum.
- ✓ Promouvoir l'importance d'avoir un prestataire compétent qui assiste à leur accouchement.
- ✓ Savoir à quelle formation sanitaire aller si une complication surgit.
- ✓ Savoir comment aller à cette formation sanitaire.
- ✓ Encourager le développement d'un plan pour payer ces services (épargnes/emprunts).
- ✓ Comprendre l'importance de l'allaitement immédiat et exclusif.
- ✓ Eduquer les femmes et leurs familles à identifier les signes de danger pour les nouveaux-nés.
- ✓ Eduquer les femmes au sujet de leur retour à la fertilité et des options de PF qui leurs sont disponibles.

PRÉSENTATION 4

SIGNES DE DANGER POUR LES FEMMES

RECHERCHER DES SOINS IMMEDIATS		
GROSSESSE	ACCOUCHEMENT	POSTPARTUM
Saignements	Saignements abondants	Saignements importants
Convulsions	Convulsions	Convulsions
Pâleur, Respiration difficile	Fièvres, frissons, pertes	Fièvre, frissons
Maux de tête	Travail de plus de 12 heures	Pertes blanches
Mains/visage enflés	Mauvaises présentations	
Forte fièvre	Placenta non expulsé	
Douleurs abdominales aiguës	en 30 minutes	

Source: OMS, 1994

PRÉSENTATION 5

SIGNES DE DANGER POUR LES NOUVEAUX-NÉS

RECHERCHER DES SOINS IMMÉDIATS	
A LA NAISSANCE	7 PREMIERS JOURS
Ne respire pas	Hypothermie/fièvre/frissons
La couleur de la peau est jaune (jaunisse)	Jaunisse
La peau, les paumes et les plantes de pieds sont bleues (Hypothermie)	Respiration difficile (plus de 60)
Incapable de téter	Convulsions
difficile/pas actif	Incapable de téter/ou tétée
	Rigidité
	Diarrhée/Constipation
	Yeux rouges gonflés avec suintement
	Rougeur et suintement autour du cordon

Source: OMS, 1996

TABLEAU 4.2
OUTILS D'ÉVALUATION DES RISQUES POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET NEONATALE

PROBLÈME BESOIN	DONNÉE	CADRE TRÈS PAUVRE	CADRE PAUVRE	CADRE MODÉRÉ	CADRE ÉLEVÉ	CADRE TRÈS ÉLEVÉ
	Situation					
Politiques inadéquates/ n'aidant pas	Politique de santé	Politique de SM approuvées l'année passée	Politique de SM approuvée dans les deux dernières années	Politique de SM approuvée dans les trois dernières années	Politique de SM approuvée dans les quatre dernières années	Politique de SM approuvée dans les cinq dernières années ou plus
Statut bas des Femmes Education Limitée	(% d'alphabétisation des femmes)	Moins 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Plus de 65%
Accès limitée aux ressources réduisant l'accès aux soins	Accès aux ressources	Pas d'accès aux ressources	Accès limité aux ressources	Certains accès aux ressources		Accès aux ressources
Participation illimitée au processus de prise de décision inhibant la recherche et obtention des soins	Participation des femmes dans la prise de décision	Pas de prise de décision	Participation limitée à la prise de décision	Certaine partici- pation à la prise de décision	Certaine prise de décision indépendante	Prise de décision indépendante
Mobilité limitée entravant l'accès aux soins	Mobilité	Isolé	Mobile avec mem- bres masculins de la famille seulement	Mobile avec d'autres personnes	Mobile avec permission	Mobile seule
	Infrastructure					
Pauvre accès	Moyenne de distance/ temps au centre de la santé	Plus que 12 kms	11 - 8 km	7 - 5 km	4 - 2 km	Moins de 1 km
Pauvre accès	Docteurs pour une popula- tion de 10,000	1 - 5	6 - 15	16 - 30	31 - 45	Plus que 45
Pauvre accès	Nombre de formation sanitaires santé pour 500,000 qui pourvoit B-SOE/C-SOE	1 Aucun	2 1	3 1	4 1 - 2	5 ou plus Plus que 2
	Status de la Santé					
Pauvre accès aux services de SM de qualité	Taux de Mortalité Maternelle	Plus que 650	649 - 500	499 - 350	349 - 200	Moins de 200
Pauvre accès aux services de SM de qualité, soin de nouveau-né	Taux de Mortalité Infantile	Plus que 100	99 - 80	79 - 65	64 - 50	Moins de 50
Pauvre accès aux services de PF de qualité	Taux de Fertilité	Plus que 6	5.9 - 5.0	4.9 - 4.0	3.9 - 3.0	Moins de 3

PRÉSENTATION 6

Source: adapté de la Banque Mondiale, Tinker, 1993; Préparé par Susan Rae Ross, CARE RTA, Nov., 1998 = Maternité Sans Risque
Note: le tableau est encore une ébauche et continuera à être tester l'année prochaine.

TABLEAU 4.2 (cont.)
OUTILS D'ÉVALUATION DES RISQUES POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET NEONATALE

PROBLÈME BESOIN	DONNÉE	CADRE TRÈS PAUVRE	CADRE PAUVRE	CADRE MODÉRÉ	CADRE ÉLEVÉ	CADRE TRÈS ÉLEVÉ
	Centre de Santé					
Pauvre accès aux services de SM	% de femmes qui ont assisté au moins à 3 visites de soins anténatals	Moins que 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Plus que 65%
Préférence, pauvre perception ou pauvre accès au SM	% d'accouchements à domicile	Moins que 60%	60% - 45%	44% - 30%	29% - 15%	Moins que 15%
Nombre inadéquat de personnel formé, déploiement et accès à des prestataires formés et compétents	% de femmes qui ont un prestataire compétent assistant à leur accouchement	Moins que 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Plus que 65%
Pauvre accès	% de tous les accouchements institutionnels	Moins que 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Plus que 65%
Croyances, accès aux services de SM de qualité	% de femmes avec des complications qui accouchent dans une formations sanitaires (ont eu des soins obstétricaux)	Moins que 3%	4% - 6%	7% - 10%	11% - 13%	Plus que 13%
Pauvre accès	% de femmes qui reçoivent une visite de post-partum dans les premières 24 heures	Moins que 20%	21% - 25%	36% - 50%	51% - 65%	Plus que 65%
Pauvre accès et distribution	% de femmes qui reçoivent PP Supplément de vitamine A	Moins que 20%	2% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Plus que 65%
Fausse information, pauvre accès aux services de PF de qualité	Taux de prévalence des contraceptifs des méthodes modernes	Moins que 10%	15% - 25%	26% - 35%	36% - 45%	Plus que 45%
Pauvre accès aux services de PF de qualité	Besoins non-satisfaits pour PF pour la limitation et l'espacement	Plus que 30%	30% - 25%	24% - 20%	19% - 15%	Moins que 15%
Nutrition inadéquate, pauvre accès aux services de la santé et aux systèmes de distribution	% de femmes enceintes anémiques	Plus que 60%	60% - 45%	44% - 30%	29% - 15%	Moins que 15%
Pauvre accès à l'identification et aux services de traitement	Prévalence de la syphilis parmi les femmes enceintes	Plus que 9%	Between 9% - 7%	Between 6% - 4%	Between 3% - 1%	Moins que 1%

PRÉSENTATION 6 (cont.)

Source: adapté de la Banque Mondiale, Tinker, 1993, Préparé par Susan Rae Ross, CARE RTA, Nov., 1998 = Maternité Sans Risque
Note: le tableau est encore une ébauche et continuera à être testé l'année prochaine.

**TABLEAU 4.2 (cont.)
OUTILS D'ÉVALUATION DES RISQUES POUR LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE**

PROBLÈME BESOIN	DONNÉE	CADRE TRÈS PAUVRE	CADRE PAUVRE	CADRE MODÉRÉ	CADRE ÉLEVÉ	CADRE TRÈS ÉLEVÉ
	Status de la Santé Néonatale					
Pauvre accès et distribution	% de lde couverture du VAT	Moins que 25%	26% - 40%	41% - 55%	56% - 70%	Plus que 70%
Pauvre accès aux services de qualité maternels et pour le nouveau-né	Mortalité néonatale comme proportion de TMI	Plus que 50%	49% - 40%	39% - 30%	29% - 20%	Moins que 20%
Pauvre nutrition maternelle	% de FPN	Plus que 40%	39% - 30%	29% - 20%	19% - 10%	Moins que 10%
	IE&C					
Pauvre niveau d'éducation, éducation sur la santé et conseil	% de femmes connaissant une possibilité de PF	Moins que 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 75%	Plus que 75%
Pauvre niveau d'éducation, éducation sur la santé, et conseil	% de couples avec des plans de naissance	Moins que 5%	6% - 15%	16% - 25%	26% - 40%	Plus que 40%
Pauvre niveau d'éducation, éducation sur la santé, et conseil	% de femmes connaissant les signes de danger	Moins que 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 75%	Plus que 75%
Pauvre niveau d'éducation, éducation sur la santé, et conseil	% de gardiens connaissant une chose pour les soins du nouveau-né	Moins que 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 75%	Plus que 75%

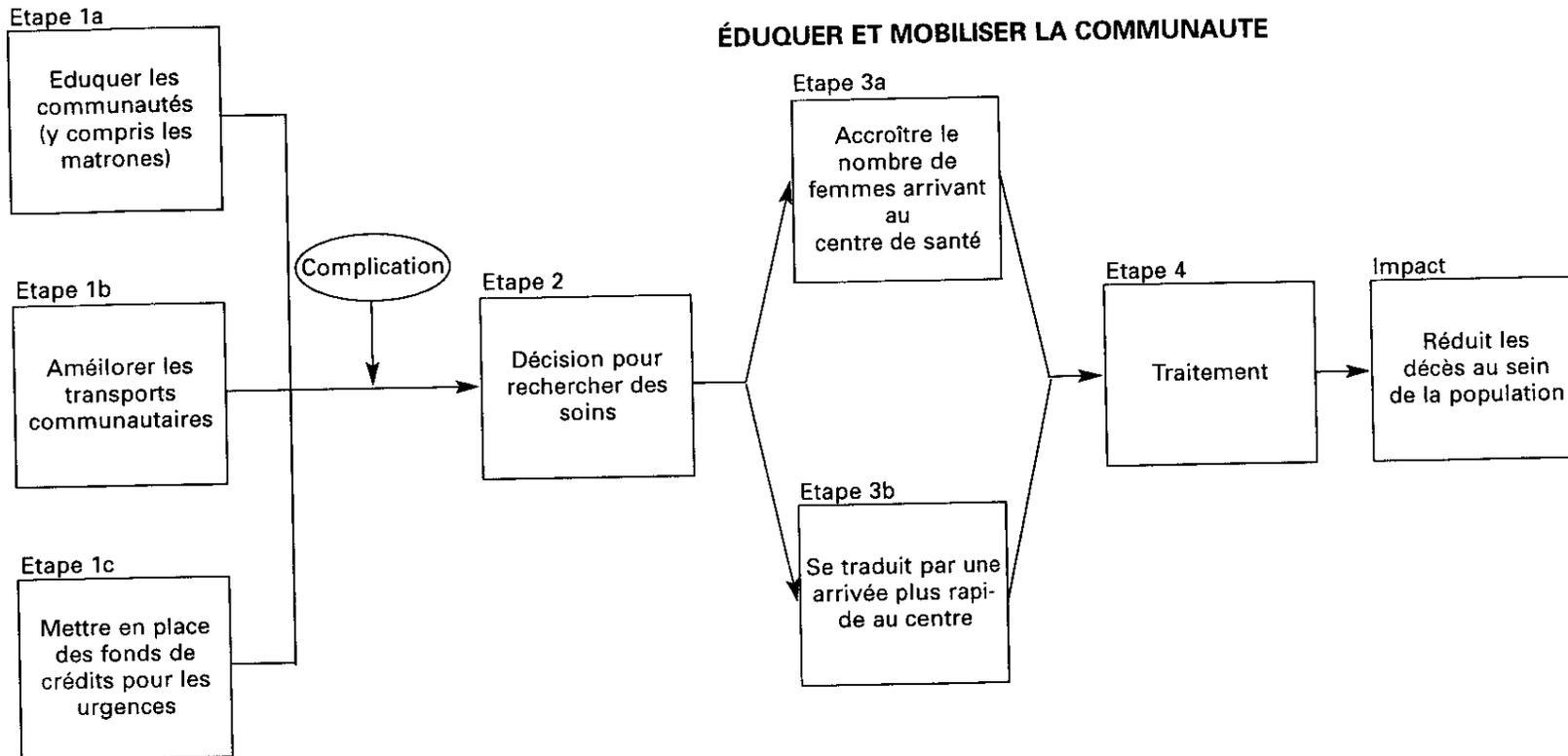
PRÉSENTATION 6 (cont.)

Source: adapté de la Banque Mondiale, Tinker, 1993; Préparé par Susan Rae Ross, CARE RTA, Nov., 1998 = Maternité Sans Risque
Note: le tableau est encore une ébauche et continuera à être tester l'année prochaine.

LISTE ILLUSTRATIVE D'INDICATEURS

INDICATEURS	SOURCE DES DONNÉES	NIVEAU D'INDICATEUR
% de femmes enceintes recevant des soins prénatals (1,2,3 visites).	Registre des services	Effet
% de femmes enceintes recevant 2 vaccins antitétaniques.	Registre des services	Effet
% de femmes enceintes recevant des comprimés en fer	Registre des services	Effet
% de femmes enceintes recevant des conseils en . PF lors des visites prénatales	Registre des services/Enquêtes	Effet
% de femmes enceintes ayant un plan d'accouchement	Enquête	Effet
% de femmes enceintes connaissant au moins 2 signes de danger.	Enquête/FGD	Résultat
% de maris ou membres de la belle-famille connaissant au moins 2 signes de danger.	Enquête/FGD	Résultat
% de matrones connaissant au moins 5 signes de danger.	Post-test	Résultat
% de femmes enceintes et de familles sachant comment se rendre au centre de santé le plus proche en cas de complication.	Enquête	Résultat
% de femmes enceintes qui accouchent à domicile avec l'aide d'une personne formée	Registre des services/ Enquêtes	Résultat
% de femmes enceintes qui accouchent avec une trousse d'accouchement/ du matériel propre	Registre des services/ Enquête	Résultat
% de femmes enceintes ayant des complications et qui accouchent dans les centres	Registre des services	Effet
% de prestataires sachant comment bien gérer les complications	Scores de post-test	Résultat
Nombre de centres équipés pour assurer des soins obstétricaux de base	Registres du centre	Résultat
Nombre de centres équipés pour fournir des soins obstétricaux complets	Registres du centre	Résultat
Nombre de centres qui ont au moins un mois de réserves pour traiter régulièrement les complications obstétricales	Registres des inventaires	Input
Taux de létalité - % de femmes enceintes souffrant de complications qui décèdent, par rapport au nombre total de cas	Registres des services/ revue des cas	Effet
% de matrones connaissant les 5 aspects des bons soins à apporter au nouveau-né	Post-test	Résultat
% de femmes qui débutent l'allaitement dans les premières heures	Registres des services/Enquêtes	Effet
% de femmes enceintes et leur famille qui connaissent au moins 2 signes de danger concernant les nouveaux-nés.	Enquête	Résultat
% de femmes ayant consulté une personne formée dans les premières 48 heures	Enquête	Effet
% de femmes bénéficiant de services de PF du post-partum	Enquête	Effet

Source: Mane, La Conception et Évaluation des Programmes de la Santé Maternelle. 1998 UNICEF, Lignes de Conduite de la Mortalité Maternelle, 1998.



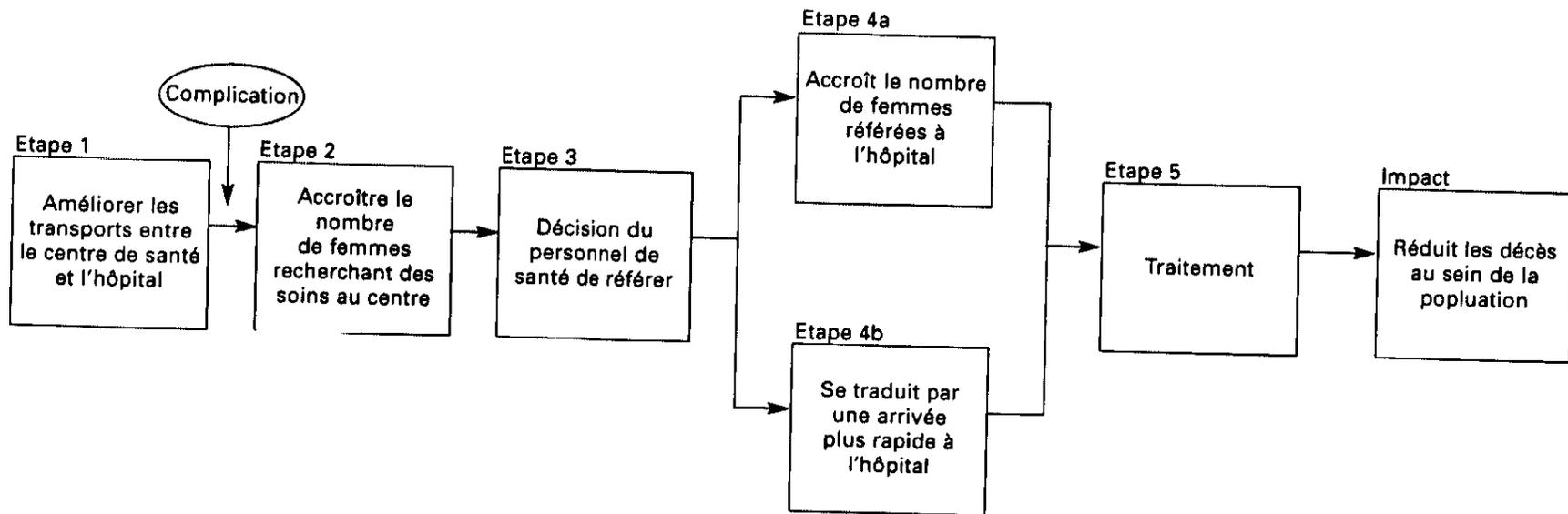
PRÉSENTATION 8

ÉTAPE PROCESSUS/INDICATEURS DE RESULTATS

SOURCES DE DONNÉES

ÉTAPE	PROCESSUS/INDICATEURS DE RESULTATS	SOURCES DE DONNÉES
1a	Nombre de sessions tenues; nombre de personnes instruites Connaissance des signes de complications	Rapports du personnel de projet; listes de présence Pré-et post-tests / mini-enquêtes
1b	Disponibilité des transports communautaires Utilisation des transports communautaires	Interviews des leaders villageois; rapports du personnel de projet Interviews des patients; documents de transports
1c	Disponibilité des emprunts d'urgence Utilisation des crédits d'urgence	Interviews des leaders villageois; rapports du personnel de projet Interviews des leaders villageois; documents relatifs aux fonds
2	Décision de rechercher des soins	Groupes de discussion communautaires; mini-études
3a	Nombre de femmes ayant des complications arrivant au centre	Données du centre de santé
3b	Etat à l'arrivée	Données du centre de santé
4	Taux de létalité	Données de l'hôpital

AMELIORER LES TRANSPORTS ENTRE LE CENTRE DE SANTÉ ET L'HÔPITAL



P-xii

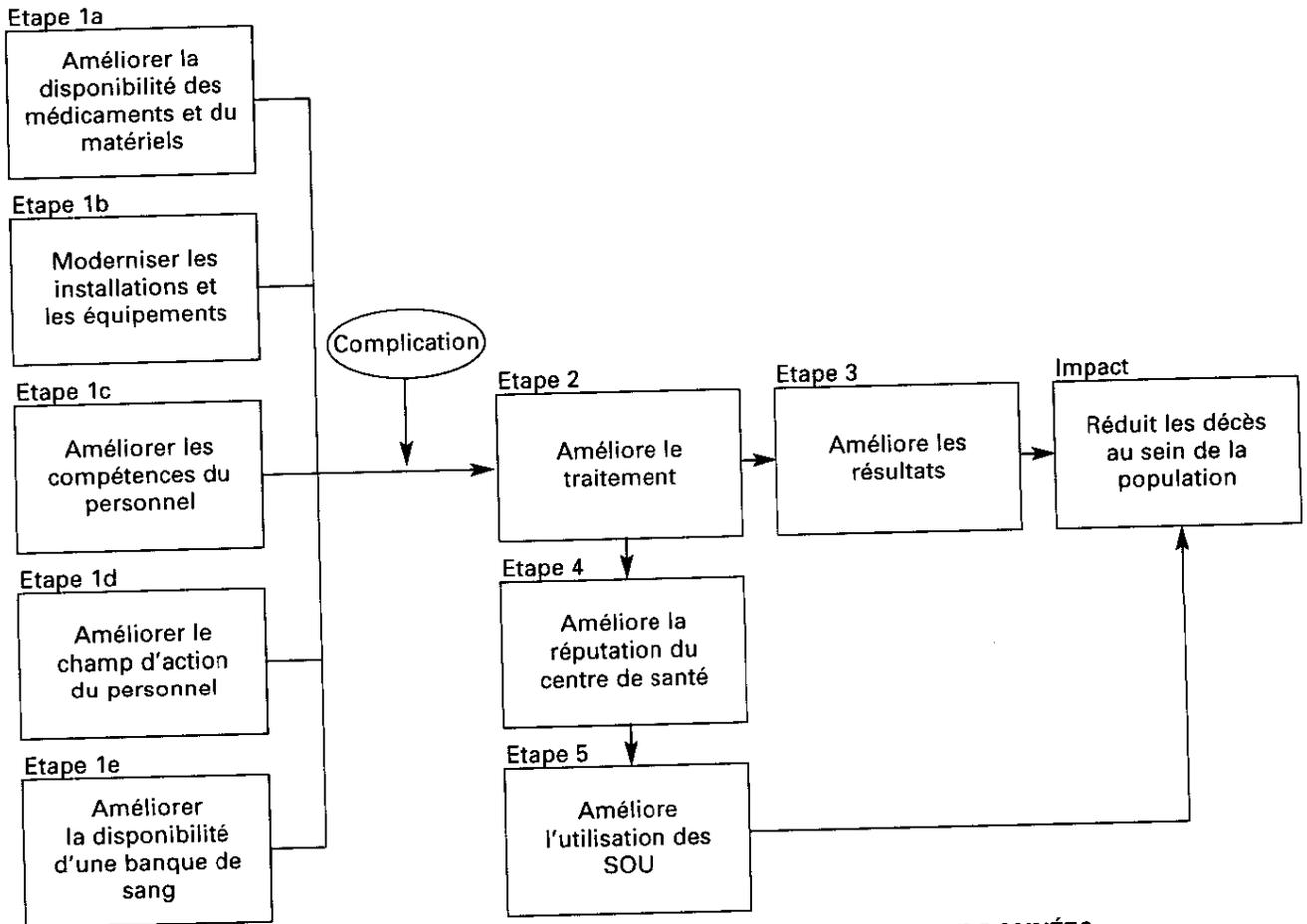
PRÉSENTATION 9

ÉTAPE	PROCESSUS/INDICATEURS DE RESULTATS	SOURCES DE DONNÉES
1	Disponibilité des transports Utilisation des transports	Données de liste de vérification; rapports du personnel de projet Carnet de bord du véhicule; interviews avec les leaders et la communauté
2	Nombre de femmes ayant des complications arrivant au centre de santé	Données du centre de santé
3	Décision d'orientation	Interviews avec le personnel du centre de santé; données du centre de santé
4a	Nombre d'orientation	Données du centre de santé et de l'hôpital
4b	Etat à l'arrivée Temps passé entre la référence et l'arrivée à l'hôpital	Suivi des cas; données du centre de santé et de l'hôpital; carnet du véhicule Données de l'hôpital
5	Taux de létalité	Données de l'hôpital

Source: Mane, 1997

PRÉSENTATION 10

AMELIORER LA DISPONIBILITE ET LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE



ÉTAPE PROCESSUS/INDICATEURS DE RESULTATS

- | | |
|----|--|
| 1a | Disponibilité des médicaments et matériels
Utilisation des médicaments et matériels |
| 1b | Disponibilité de structures de SOU/équipement modernes
Utilisation de structures de SOU/équipement modernes |
| 1c | Nombre de membres du personnel formés
Améliorer les compétences du personnel |
| 1d | Proportion heures/semaine avec une personne qualifiée, sur appel
Proportion heures/semaine avec une personne qualifiée, sur place |
| 1e | Disponibilité d'une banque de sang
Utilisation du sang |
| 2 | Moment d'arrivées pour traitement final
Nombre de césariennes (ou autres procédures) pratiquées |
| 3 | Taux de létalité |
| 4 | Réputation du système de santé dans la communauté |
| 5 | Nombre de femmes ayant des complications admises dans un centre |

SOURCES DE DONNÉES

- Données de liste de vérification
- Données du centre de santé
- Rapports du personnel; interviews du personnel
- Données du centre de santé
- Rapports du personnel du projet
- Pré- et post-tests; revue de cas
- Programme du personnel; rapports du personnel de projet
- Programme du personnel; rapports du projet
- Données liste de vérification
- Registre d'une banque de sang
- Revue de cas; étude sur la cadence
- Registre de salle d'opération
- Données du centre de santé
- Pré-et post- mini-enquêtes
- Données du centre de santé

Source: Maine, 19970

PRÉSENTATION 11

ACTIONS INTER-SECTORIELLES NECESSAIRES A LA PROMOTION DE LA MATERNITE SANS DANGER

SECTEURS/AGENCES/PERSONNEL	EXEMPLES D'ACTIONS INTER-SECTORIELLES
1. Autorités au niveau du district Responsables du gouvernement local Responsable de l'information Leaders politiques	<ul style="list-style-type: none"> • Participer aux ateliers de formation sur la Maternité sans danger et fournir un lieu pour son organisation. • Fournir du matériel pour la construction/rénovation des pavillons de maternité. • Assurer la rémunération des infirmières/sages-femmes communautaires. • Fournir des semences et les compétences aux groupes de femmes qui produisent des légumes riches en vitamines (ex. : fer, vitamines A et C). • Eduquer les familles sur les besoins nutritionnels des femmes enceintes et des femmes qui allaitent. • Fournir des denrées alimentaires supplémentaires aux femmes enceintes/qui allaitent par les coopératives. • Utiliser les véhicules commerciaux pour le transport des femmes en cas d'urgence obstétricale. • Mettre en place et alimenter un fonds annuel de sécurité sociale pour permettre l'accès au transport ou payer les services. • Fournir des subventions alimentaires pour les agents de santé locaux (ex.: les infirmières/sages-femmes communautaires). • Participer à un programme de vente à faible coût d'aliments riches en protéines pour les femmes enceintes et qui allaitent les plus démunies (ex.: œufs, poulets). • Développer des activités génératrices de revenus avec les groupes de femmes pour financer le transport des évacuations d'urgences. • Stimuler les actions communautaires pour construire des maisons d'attente pour les femmes. • Collaborer avec le personnel local de santé et les agents de santé volontaires, dans le cadre d'un réseau communautaire de maternité sans danger. • Assurer aux femmes une éducation sur la sexualité humaine, la planification familiale, la grossesse, l'accouchement, et les soins post-nataux. • Encourager les jeux de rôle comparant les techniques d'accouchement risqué et d'accouchement sans risque. • Promouvoir un âge minimum pour le mariage (ex. : 18 ans pour les femmes). • Permettre aux jeunes sexuellement actifs d'utiliser des contraceptifs pour éviter les grossesses non-désirées, les MST et le VIH/SIDA. • Promouvoir, dans le cadre de l'éducation à la vie de famille, la compréhension de la sexualité humaine, la conception, PF, la grossesse et l'accouchement. • Encourager et permettre aux jeunes filles d'être scolarisées. • Former les enseignants aux contenus et méthodes d'enseignements en matière de maternité sans danger. • Associer les belles-mères aux séances d'éducation des femmes pour communiquer des messages de maternité sans danger. • Produire un abécédaire sur les thèmes de la maternité sans danger. • Permettre aux femmes de discuter des questions sensibles et non évoquées telles que la morbidité maternelle et l'avortement (provoqué). • Permettre l'achat en gros de médicaments obstétricaux pour la vente au détail à faible coût aux femmes/centres de santé ayant peu de ressources. • Développer et fournir des pansements et des serviettes hygiéniques pour améliorer l'hygiène génitale pendant et après l'accouchement. • Permettre l'ouverture de petits magasins pour présenter et vendre des trousseaux d'accouchement peu coûteux ainsi que du matériel de planification familiale. • Faire don d'un équipement et d'un moyen de transport pour les activités de maternité sans danger dans les zones éloignées. • Fournir les informations et les services (ex. : la période prénatale, l'accouchement, les soins du post-partum et post-avortement (provoqué) . • Participer à l'identification des bonnes et des mauvaises pratiques en matière d'accouchement et d'avortement. • Utiliser les véhicules de transport en cas d'urgence obstétricale. • Mettre en place et alimenter, en collaboration avec les femmes, des fonds pour le transport d'urgence. • Faire don d'équipements (ex. : tensiomètre). • Fournir des informations et des services. • Parainer la rénovation de salles d'opération ou les bicyclettes pour les sages-femmes rurales. • Les leaders religieux locaux permettent/encouragent les discussions sur la contraception/l'avortement/l'excision. • Encourager l'accès aux services de santé maternelle.
2. Services de l'agriculture du district Nutritionnistes Economistes domestiques Agents agricoles	
3. Coopératives agricoles/commerciales	
4. Syndicats des paysans et des travailleurs	
5. Service du développement communautaire	
6. Association/groupements de femmes	
7. Unions/groupements de jeunes.	
8. Service de l'éducation Ecoles secondaires Ecoles primaires Ecoles normales	
9. Service de l'éducation des adultes et de l'alphabétisation	
10. Industrie Fabricants de produits pharmaceutiques/autres fabricants	
11. Commerce/entreprise Responsables du Gouvernement Local Officiers d'information Leaders Politique	
12. Secteur privé de la santé Les médecins modernes Les médecins traditionnels	
13. Transport	
14. OVP/ONG	
15. Organisations religieuses	

Les Meilleures Pratiques Actuelles

SERVICES DE LA SANTÉ MATERNELLE DE QUALITÉ

1. **Promotion et protection de la santé:** Les femmes et leur famille doivent être informées sur la grossesse/accouchement; comprendre les signes de danger; savoir où ils peuvent obtenir des services et la manière de se rendre au centre de santé.
2. **Accessibilité et disponibilité des services:** Les femmes devraient pouvoir accéder à une gamme complète de services rapides et de qualité, fournis par des prestataires compétents au plan technique, au niveau le plus bas du système de santé.
3. **Acceptabilité des services:** Les femmes ont besoin d'intimité et bon nombre d'entre elles préfèrent des prestataires de sexe féminin. On devrait leur garantir la confidentialité et l'appui des membres de leur famille. Les prestataires de services devraient respecter les croyances et les pratiques culturelles.
4. **Compétence technique des prestataires de soins de santé:** La compétence technique dépend de la formation, du recyclage et de guidelines claires pour les traitements cliniques. La supervision et la revue des cas sont également essentiels pour maintenir la compétence technique.
5. **Matériel et équipement essentiels:** Des normes de gestion de stocks et de logistique devraient être établies. Cela permettra de s'assurer que le matériel et les équipements nécessaires seront régulièrement disponibles à chaque niveau.
6. **Rapport des prestataires avec les clients:** Les prestataires doivent offrir des informations exactes et appropriée; traiter les clients avec respect; répondre à leurs besoins et éviter de porter des jugements.
7. **Information et conseil pour le client:** Le client devrait avoir l'occasion de parler avec le prestataire de soins, de lui poser des questions et de bénéficier de conseils sur tout problème de santé identifié.
8. **Participation des clients à la prise de décision:** Les prestataires devraient considérer les clients comme des partenaires en matière de soins de santé et devraient les associer à la prise de décisions en tant qu'acteurs de leurs propres soins de santé.
9. **Caractère complet des soins et liens avec les autres services de santé de la reproduction:** Les soins de santé maternelle ont une occasion unique de fournir aux femmes des soins complets en matière de santé de la reproduction et de s'attaquer à d'autres questions, telles que la nutrition et le MSTs.
10. **Continuité des soins et suivi:** Les services de santé devraient faire partie des programmes complets comprenant les soins prénatals, l'accouchement et les soins de post-partum. Les femmes doivent être considérées comme des personnes ayant des besoins en matière de santé tout au long de leur vie.
11. **Appui aux prestataires de soins:** Les prestataires de soins de santé ont besoin de l'appui économique et social de l'Etat et des communautés dans lesquelles ils travaillent.

PRÉSENTATION 13

Les Meilleures Pratiques Actuelles PRÉCONCEPTION

SERVICES RECOMMANDÉS

1. Education sur la santé/Conseil sur la reproduction.
2. Accès aux services de PF (clinique, DBC, marketing social).
3. Nutrition des adolescentes y compris micro-aliments (Vitamine A, fer, iode).
4. Dépistage et traitement des MST.
5. Mobilisation communautaire/appui.
6. Qualité des soins.
7. Systèmes de gestion fonctionnelle pour soutenir le références.

INTERVENTIONS À LONG-TERME

1. Génération de Revenu
2. Education des Filles
3. Responsabilisation des femmes/prise de décision.
4. Pratiques humaines, telles que la prise en charge des mutilations des organes génitaux des femmes et du travail des enfants.

**Les Meilleures Pratiques Actuelles
LA GROSSESSE**

Chaque femme doit savoir qu'elle peut développer une complication liée à la grossesse, chaque fois qu'elle tombe enceinte.

PLANIFICATION DE LA NAISSANCE: il faut préparer la naissance pour s'assurer que les femmes ont des grossesses sans danger et saines. Cela peut signifier qu'elle aura un accouchement propre assisté par un prestataire de soins qualifié (sage-femme, médecin). Cela signifie également que les femmes et leur famille sont en mesure d'identifier les signes de danger, connaissent les centres où il faut se rendre et la manière de se rendre à la formation sanitaire la plus proche, et peuvent mobiliser des ressources (moyen de transport, argent ou sang) pour avoir accès à ces services.

LE DEPISTAGE: Le dépistage des complications – au lieu de l'approche "à risque" – est nécessaire pour identifier rapidement les femmes et prendre les dispositions nécessaires pour les référer en temps opportun vers le centre de santé approprié. Par ailleurs, les paramètres de dépistage actuels (les "quatre trop") doivent être affinés pour identifier les femmes susceptibles de développer des complications.

ACCOUCHEMENTS PROPRES: Toutes les femmes ont droit à un accouchement propre (les 6 propres), à domicile ou à l'hôpital, avec l'assistance d'une personne formée. Cela suppose également : garder le bébé propre, au sec et au chaud et l'allaitement immédiat.

LES SOINS DU POST-PARTUM: Toutes les femmes devraient être sensibilisées aux signes de danger et faire l'objet d'une surveillance étroite pendant 24 heures.

SOINS AU NOUVEAU-NE: Les nouveaux-nés devraient faire l'objet d'une étroite surveillance pendant la première semaine, y compris, surveiller la respiration, garder le bébé propre, au sec et au chaud, l'allaitement immédiat, les soins du cordon et des yeux.

**SIGNES DE DANGER POUR LA MÈRE
RECHERCHER IMMÉDIATEMENT DES SOINS**

GROSSESSE	ACCOUCHEMENT	POST-PARTUM
Saignements	Saignements abondants	Saignements abondants
Convulsions	Convulsions	Convulsions
Pâleur, respiration difficile	Fièvre, frissons, écoulement	Fièvre, frissons
Maux de tête	Travail de plus de 12 h	Pertes
Visage et/out mains enflés	Mauvaise présentation	
Forte fièvre	Placenta non expulsé en 30 min	

PRÉSENTATION 15

Les Meilleures Pratiques Actuelles LA GROSSESSE

1. SOINS PRÉNATALS (SERVICES ESSENTIELS)

- ◆ Vaccination contre le Tétanos;
- ◆ Traitement de l'anémie;
- ◆ Traitement des infections dans les zones endémiques (par ex. paludisme, ankylostomiase);
- ◆ Dépistage et traitement /référence (prise en charge des syndromes) pour les MST, particulièrement la syphilis;
- ◆ Quatre visites si possible: bon dossier de santé qui identifie les complications précédentes liées à la grossesse; examen médical (fonds de l'utérus, position du fœtus); PA, surtout après 28 semaines; et le poids si possible;
- ◆ Education à la santé (nutrition, réduire la charge de travail, retour de fertilité, PF immédiat et allaitement exclusif, symptômes de MST);
- ◆ Planification de la naissance;
 - A quoi peut-on s'attendre pendant la grossesse (date d'accouchement);
 - Conseil en nutrition/encourager la réduction de la charge de travail;
 - Connaître/identifier les signes de danger pendant la grossesse; l'accouchement et le période du post-partum;
 - Choisir et utiliser un prestataire qualifié/mobiliser le matériel pour un accouchement propre;
 - Connaître/prévoir le centre de santé où se rendre et comment trouver un moyen de transport, comment mobiliser des ressources pour payer le transport, les médicaments et les services, en cas de complication;
 - Connaître l'importance de l'allaitement immédiat et réussi;
 - Connaître les signes de danger chez le nouveau-né;
 - Connaître les services de PF dans le post-partum (retour de fertilité).
- ◆ Fiche de soins prénatals.

2. SOINS PRÉNATALS (IDÉAUX MAIS PEUVENT NE PAS ÊTRE FAISABLES)

- ◆ Analyse d'urine (albumine et diabète);
- ◆ Hémoglobine/hémocrite;
- ◆ Conseil et test VIH.

3. SYSTÈME D'APPUI COMMUNAUTAIRE

- ◆ Services mobiles d'appui;
- ◆ Développer des système de transport;
- ◆ Mettre en place des programmes d'épargne et de crédit communautaires pour la santé;
- ◆ Développer un système de don de sang au niveau communautaire ;
- ◆ Minimiser les pratiques dangereuses et encourager les pratiques bénéfiques.

SUPPLEMENTATION EN MICRO-AILMENTS

MICRONUTRIMENT	FEMME EN AGE DE PROCREER	PÉRIODE PRÉNATALE	PÉRIODE DU POST-PARTUM
Fer - Anémie bénigne ⁽¹⁾ (Hg moins de 11 g)	60 mg	60 mg (90-100 compr.)	60 mg
Fer - Anémie Modérée/Elevée ⁽¹⁾ (Hg gamme of 7-10 gm)	120 mg	120 mg	120 mg
Fer - Anémie Sévère ⁽¹⁾ (Hg moins de 7gm)	120 mg	180 mg pendant 4 semaine puis 120 mg	120 mg
Acide folique Anémie ⁽¹⁾ bénigne	250 mcg	250 mcg	250 mcg
Acide folique Anémie modérée/élevée ⁽¹⁾	500 mcg	500 mcg	500 mcg
Acide folique Anémie sévère ⁽¹⁾	500 mcg	750 mcg pendant 4 semaines puis 500 mcg	500 mcg
Vitamine A ⁽²⁾ Carence	Complément pour les femmes avec CVA Ne dépasse pas 10,000 UI par jour	Complément pour les femmes avec CVA seulement Ne dépasse pas 10,000 UI par jour	200,000 UI en dose unique le 1er mois
Calcium ⁽³⁾	1,200 mg	1,200 mg	1,200 mg
Zinc ⁽³⁾ Carence	12 mg	15 mg	19 mg
Iode ⁽⁴⁾ Carence	400-960 mg	100-300 mg (huile)	100-300 mg (huile)

Source: (1) OMS, 1995; (2) OMS, 1998 (3) Soind de la Mère; 1997, (4) OMS, 1996 (IM): intramusculaire; (IU): unités internationales (MU): million d'unités, (mcg) microgramme; (mg) milligramme; CVA - carence en Vitamine A

PRÉSENTATION 16

PRÉSENTATION 17

LES PROTOCOLES DE TRAITEMENTS PRÉFÉRÉS POUR LES FEMMES ET LES NOUVEAUX-NÉS

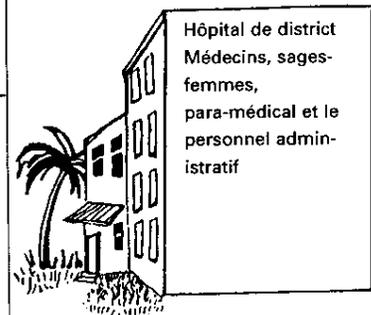
MALADIE	CIPROFLOXACINE	CEFTRIAZONE	PENICILLINE	TETRACYCLINE	DOXYCYCLINE
La Syphilis Maternelle	NA	NA	2.4 MU IM Benzathine Or 1.2 MU de procaïne	NA	NA
Blennorragie	500mg p. os.	250 mg IM	NA	NA	NA
Chlamydia Maternelle	NA	NA	NA	500 mg p.os. 4x jour pendt 7 jours	500 mg p.os. 4x jour pendt 7 jours
Conjonctivite néonatale	NA	50mg/kg IM	NA	Collyre à 1% pendant 10 jours	NA
Syphilis Congénitale	NA	NA	50,000 U de procaïne	NA	NA

Source: Family Health International, 1996.

MU = million d'unités; UI = Unités Internationales; vo: voie orale; mg: milligramme; mcg: microgrammes.

PRÉSENTATION 18

<p>Structures sanitaires pratiquant des soins obstétricaux d'urgence complètes une structure pour 500.000 personnes</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pratiquer une opération chirurgicale sous anesthésie générale. ◆ Procéder à une extraction assistée (par ex.: D&C) du placenta non expulsé. ◆ Procéder à une extraction manuelle du placenta/morceaux de placenta. ◆ Pratiquer la délivrance assistée (naissance par ventouse et accouchement au forceps). ◆ Fournir du sang. ◆ Administrer des antibiotiques par voie parentérale (IV ou IM). ◆ Administrer des sédatifs par voie parentérale (IV ou IM). ◆ Administrer les ocytociques (IV ou IM) par voie parentérale.
<p>Structures sanitaires pratiquant des soins obstétricaux d'urgence de base quatre structures pour 500.000 personnes</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Procéder à une extraction manuelle du placenta/morceaux de placenta. ◆ Pratiquer la délivrance vaginale (par ex.: la naissance par ventouse). ◆ Administrer des antibiotiques, sédatifs (valium, sulfate de magnésium) et ocytociques (ergométrine, pitocine) IM ou IV et solutés en IV.
<p>Les premiers soins obstétricaux dans la communauté</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Massage utérin/points de compression digitale de l'artère ◆ Peut administrer des ocytociques (ergométrine) sublingual/nasal/IM ◆ Donner des Sels de Réhydratation Orale



Source: UNICEF, 1997

PRÉSENTATION 19

Les Meilleures Pratiques ACCOUCHEMENT/PRISE EN CHARGE DE L'ISSUE DE LA GROSSESSE

ACCOUCHEMENT NORMAL A DOMICILE

- Avoir recours à des personnes formées/des pratiques d'accouchement propre (6 propres)
- Minimiser les pratiques dangereuses et encourager les pratiques bénéfiques
- Allaitement immédiat**
- Soins adéquats au nouveau-né (respiration, tenir au chaud et au sec, soins du cordon ombilical et des yeux).

ACCOUCHEMENT A COMPLICATIONS

- Minimiser les pratiques dangereuses et encourager les pratiques bénéfiques
- Identification, à temps, des complications (saignements, fièvre, travail de plus de 8 heures, gonflement généralisé, fièvre) et recherche rapide de soins
- Mobilisation rapide des ressources (par ex. : argent, transport et don de sang)
- Premiers soins obstétricaux au niveau communautaire (la compression à deux mains, SRO, les ocytociques nasals/sublinguaux)
- Existence des SOU fonctionnels (par ex. : médicaments, matériel médical et équipement en quantité suffisante, personnel formé, système d'information sur la gestion et la supervision)

Services obstétricaux de base (centres de santé)

- ✓ les solutés en IV, les antibiotiques, les anticonvulsants, les ocytociques
- ✓ Extraction manuelle du placenta non expulsé
- ✓ Délivrance vaginale assistée (par ex.: forceps)

Services Obstétricaux complets (dont les hôpitaux de base)

- ✓ La transfusion sanguine
- ✓ Chirurgie/anesthésie (par ex.: D&C ou césarienne)
- Accès au services SOU de qualité
 - ✓ Choix avisé en ce qui concerne les procédures/traitements
 - ✓ Intimité lors de l'examen, pratiqué idéalement par une femme
 - ✓ Traitement une heure au moins après admission
 - ✓ Centres conviviaux pour les femmes avec des services 24/24 h
 - ✓ Référence et suivi des femmes avec des complications après leur sortie.
- Allaitement immédiat
- Soins adéquats au nouveau-né (respiration, tenir au chaud et au sec, soins du cordon ombilical et des yeux).

** Il faudrait conseiller les femmes, qui savent qu'elles sont séropositives au VIH, sur les risques potentiels de transmission par le lait maternel, et décider si elles veulent allaiter et rechercher, si nécessaire, les alternatives qui conviennent.

PRÉSENTATION 20

ACCOUCHEMENTS PROPRES: LES "SIX PROPRES"

- ✓ Une surface propre
- ✓ Une ficelle propre pour attacher le cordon
- ✓ Un accoucheur avec des mains propres
- ✓ Une lame propre pour couper le cordon
- ✓ Un pagne propre pour envelopper le bébé
- ✓ Un pagne propre pour la mère

Source: OMS 1996

PRÉSENTATION 21

URGENCE!!! QU'EST-CE QU'UNE MATRONE FORMÉE PEUT FAIRE?

PENDANT LA GROSSESSE	
Saignements vaginaux	<ul style="list-style-type: none">✓ Encourager la femme à consulter un médecin✓ Expliquer à la famille pourquoi la femme devrait éviter les travaux manuels pénibles
Gonflement du visage et des mains	<ul style="list-style-type: none">✓ Encourager la femme à consulter un médecin✓ Expliquer au mari pourquoi la femme doit se reposer
Pas de soins prénatals et le bébé se présente par le siège ou de manière transversale entre 34 et 40 semaines	<ul style="list-style-type: none">✓ Exhorter la femme à accoucher à l'hôpital✓ Expliquer au mari pourquoi la femme devrait accoucher à l'hôpital
PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT	
Travail de plus de 12 heures	<ul style="list-style-type: none">✓ Aider la famille à procéder à une évacuation rapide✓ Garder la femme au chaud, lui faire boire des liquides
Cordon bien enroulé autour du cou du bébé	<ul style="list-style-type: none">✓ Passer doucement le cordon par-dessus la tête du bébé pour éviter la compression par le cordon, mais ne pas forcer
Déchirures vaginales	<ul style="list-style-type: none">✓ Pour une petite déchirure, utiliser des tissus propres et appuyer pour arrêter le saignement✓ Pour des déchirures plus profondes ou au cas les saignements ne cessent pas, appuyer avec des tissus propres et accompagner la famille au centre de santé
APRÈS L'ACCOUCHEMENT	
Le bébé est inanimé	<ul style="list-style-type: none">✓ Garder le bébé au chaud et au sec✓ Enlever les sécrétions de la bouche✓ Stimuler le bébé✓ Pratiquer la réanimation par le bouche à bouche, si nécessaire
Placenta non expulsé après 30 minutes	<ul style="list-style-type: none">✓ Exhorter la femme à uriner✓ Vérifier les contractions (fermeté) de l'utérus✓ Faire allaiter le bébé✓ Si les saignements persistent, aider la famille à amener la femme à l'hôpital
Importants saignements vaginaux	<ul style="list-style-type: none">✓ Masser l'abdomen de la femme pour aider l'utérus à se contracter (PAS FORT)✓ Aider la famille à référer la femme rapidement✓ Garder la femme au chaud et lui donner des liquides (SRO)✓ Donner des ocytociques s'ils sont disponibles et si le prestataire a été formé dans ce domaine
Fièvre, pertes vaginales contenant du sang	<ul style="list-style-type: none">✓ Donner des antibiotiques à la femme✓ Donner des explications sur la propreté des organes génitaux✓ Expliquer les dangers de la propagation de l'infection par le sang s'il n'y a pas de traitements

Source: Feuerstein, 1995

Les Meilleures Pratiques Actuelles	
LA PÉRIODE DU POST-PARTUM MATERNEL	
Normal	
→ Suivre la mère et le nouveau-né:	
IDEAL	RECOMMENDED
La première visite six heures après l'accouchement	La première visite dans les 24 premières heures
La deuxième visite 3 jours après l'accouchement	La deuxième visite 3 à 5 jours après la naissance
La troisième 14 jours après l'accouchement; et	La troisième visite quarantième jour après la
La quatrième visite 40 jours après l'accouchement.	naissance
<ul style="list-style-type: none"> → Minimiser les pratiques dangereuses et encourager les pratiques bénéfiques. → Supplément en vitamine A dans la période du post-partum (200.000 UI) au cours du premier mois. → Le PF dans la période du post-partum (mini-pillule, stérilet, VSC, autre après six semaines). → Soins des seins. 	
SIGNES DE DANGER A SURVEILLER	
<ul style="list-style-type: none"> → Hémorragie du Post-Partum <ul style="list-style-type: none"> ✓ Saignements abondants (p.ex. remplissant une serviette/tissu toutes les heures pendant les 8 premières heures, remplissant une serviette /tissu toutes les 2 heures dans les 8 heures qui suivent). ✓ Choc (par ex.: sudation, froideur, moiteur, évanouissement, pouls rapide et faible). ✓ Utérus atonique (mou). ✓ Déchirure/Lacération. → Rétention Placentaire <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas de signes de séparation du placenta (allongement du cordon, épanchements de sang) 15 minutes après l'accouchement. ✓ Placenta non expulsé dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement. ✓ Utérus atonique/saignements abondants. → La Septicémie <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fièvre avec ou sans frissons (3-5 jours habituellement). ✓ Mauvaise odeur/suppurations dans les pertes. ✓ Utérus mou/atonique. ✓ Convulsions/rigidité. → L'éclampsie <ul style="list-style-type: none"> ✓ Œdème facial et/ou des mains (pas le gonflement des chevilles). ✓ Pression artérielle élevée. ✓ Maux de tête, troubles visuels, convulsions. ✓ Diminution du débit d'urine. 	
A Complications	
<ul style="list-style-type: none"> → Accès aux services SOU (traitement des complications et des infections et morbidités telles que la fistule, le prolapsus de l'utérus et les déchirures). → Minimiser les pratiques dangereuses et encourager les pratiques bénéfiques. 	

PRÉSENTATION 23

**Les Meilleures Pratiques Actuelles
SOINS MATERNELS DANS LE POST-PARTUM**

SIGNES DE DANGER: 24 H APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Signes de Danger	Accouchement à Domicile Individuel	Accouchement à Domicile Foyers	Accouchement à domicile Personne Ressource Comm.	Accouchement dans une formation sanitaire
Saignement Abondants	◆	*	*	◆
Utérus Atonique	*	*	◆	◆
Rétention Placentaire		*	◆	◆
Placenta - délivrance partielle			◆	◆
Choc-(évanouissement fraîcheur, moiteur)		*	◆	◆
Convulsions		*	◆	◆
Maux de tête/ troubles visuels	◆	*		*
Déchirures/ lacérations		*	◆	◆
Diminution du débit urinaire	◆	*		◆
Diminution de la pression artérielle		*		◆

SIGNES DE DANGER: 1RE SEMAINE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Signes de Danger	Accouchement à Domicile Individuel	Accouchement à Domicile Foyers	Accouchement à domicile Personne Ressource Comm.	Accouchement dans une formation sanitaire
Fièvre/frissons	◆	◆	*	◆
Mauvaises odeurs	◆	*		◆
Changement des pertes	◆	*	*	◆
Sensibilité Abdominale	◆	*		◆

◆ Principale responsabilité * Rôle de support.
Le ménage comprend les membres de la famille susceptibles d'aider ou d'être présents à l'accouchement (par ex. la mère, les sœurs, les beaux-parents). La communauté se compose de matrones et d'agents de santé villageois

PRÉSENTATION 24

Les Meilleures Pratiques Actuelles				
SOINS MATERNELS DANS LE POST-PARTUM				
SERVICES: 24 H APRÈS L'ACCOUCHEMENT				
Signes de Danger	Accouchement à Domicile Individuel	Accouchement à Domicile Foyers	Accouchement à domicile Personne Ressource Comm.	Accouchement dans une formation sanitaires
Identifier le soignant	◆	*	*	◆
Surveiller les signes de danger	◆	*	◆	◆
Initier l'allaitement	◆	*	*	◆
Enseigner des pratiques d'allaitement		*	◆	◆
Assurer des services de PF			*	◆
Enseigner l'hygiène/ la propreté	*	◆	*	◆
SERVICES: PREMIERE SEMAINE APRÈS L'ACCOUCHEMENT				
Signes de Danger	Accouchement à Domicile Individuel	Accouchement à Domicile Foyers	Accouchement à domicile Personne Ressource Comm.	Accouchement dans une formation sanitaire
Faire une visite de santé	*	*	◆	◆
Promouvoir la nutrition		*	◆	◆
Vitamine A	*	*	◆	◆
Conseils en PF		*	◆	◆
SERVICES: SIX SEMAINES APRÈS L'ACCOUCHEMENT				
Signes de Danger	Accouchement à Domicile Individuel	Accouchement à Domicile Foyers	Accouchement à domicile Personne Ressource Comm.	Accouchement dans une formation sanitaire
VAT (si nécessaire)		*		◆
PF (POP, Stérilet, Depo/VSC)		*	◆ *	◆
Visite de santé	*	*	◆	◆
<p>◆ Principale responsabilité * Rôle de support. Le ménage comprend les membres de la famille susceptibles d'aider ou d'être présents à l'accouchement (par ex. : la mère, les sœurs, les beaux-parents). La communauté se compose de matrones et d'agents de santé villageois.</p>				

PRÉSENTATION 25

Les Meilleures Pratiques Actuelles

LES SOINS NEONATALS

Les Soins de Santé Préventifs (soins de santé maternelle)

- ✓ VAT et FFA
- ✓ Alimentation adéquate
- ✓ Traitement des infections (MST, paludisme, ankylostomiase)
- ✓ Accouchement propre
- ✓ Prise en charge adéquate des complications

Soins Néonataux essentiels (premières 24 heures)

- ✓ Prêter attention à la respiration
- ✓ Réchauffement
- ✓ Soins relatifs au cordon
- ✓ Soins oculaires prophylactiques
- ✓ Allaitement immédiat

Nouveau-né Normal (bénéfique)

- ✓ Pesée et enregistrement

Soins au nouveau-né: (7 Premiers Jours)

- ✓ Température
- ✓ Allaitement exclusif
- ✓ BCG, Polio oral, Hépatite B
- ✓ Surveillance des signes de danger énumérés ci-après :

SIGNES DE DANGER POUR LE NOUVEAU-NÉ RECHERCHE IMMEDIATE DES SOINS

A LA NAISSANCE

Ne respire pas
La couleur de la peau est jaune (jaunisse)
des paumes
Respiration difficile (plus de 60)
Convulsions

7 PREMIERS JOURS

Hypothermie/fièvre/Frissons
Couleur de la peau bleue, pâle,
et de la plante des pieds
Incapable de téter
Incapable de téter/mauvaise
tétée/inactif
Rigidité
Diarrhée/Constipation
Yeux rouges, gonflés et purulents
Rougeurs autour du cordon

PRÉSENTATION 26

TRAITEMENT PRÉFÉRÉ POUR LES INFECTIONS DES NOUVEAUX-NÉS

1.	Septicémie <i>Traitement Préféré:</i> <i>Traitement Alternatif:</i>	(IV jusqu'à amélioration, ensuite IM 10 jours) Ampillicine Gentamycine
2.	Méningite <i>Traitement Préféré:</i> <i>Traitement Alternatif:</i>	(IV jusqu'à amélioration ensuite IM 14 jours) Ampillicine Gentamycine
3.	Convulsions <i>Traitement Préféré:</i> <i>Traitement Alternatif:</i>	Phénobarbital (IV) Phénytoïne (IV) or Paraldéhyde (suppositoire)
4.	Tétanos <i>Traitement Préféré:</i>	Antitoxine, Penicilline, Anticonvulsif

Source: (Stolls, B. 1995).
IM: intramusculaire, IV: intraveineuse.

PRÉSENTATION 27

SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU-NÉ ET SIGNES DE DANGER				
Soins Essentiels	Pratiques à la Naissance	Pratiques Pendant Les 7 Premiers Jours	Signes de Danger	Traitement au Centre de Santé
Accouchement Propre	6 propres avant/ après la naissance. Lieu chaud pour l'accouchement	RAS	RAS	RAS
Soins Relatifs au Cordon Ombilical	Couper le cordon avec une lame propre, bien l'attacher et le laisser à l'air libre	Veiller à sa propreté; le laisser à l'air libre; peut le nettoyer à l'eau mais pas nécessaire	Jaune, mauvaise odeur, suintement rougeurs s'étendant à l'abdomen	Administer première dose d'antibiotique et référer
Respiration	Pas de cris, vérifier la respiration, débiter la réanimation	Si le bébé ne respire pas, entamer la réanimation, surveiller le FPN	Difficultés respiratoires	Réanimation Rechercher une infection respiratoire
Protection Thermique	Endroit chaud pour l'accouchement, essuyer le bébé avec un tissu chaud et propre immédiatement. Le donner à la mère pour qu'elle le réchauffe avec son corps.	Garder le bébé au chaud et au sec. L'envelopper selon le climat	Froid au toucher Chaud au toucher Mauvaise tétée	Déterminer la cause (ex.: infection), traiter comme il faut (ex.: réchauffer baigner, et donner un antibiotique)
Vaccinations	RAS	BCG, Polio, Hép. B	RAS	RAS
Asphyxie à la Naissance	Prise en charge des complications et réanimation si nécessaire	Garder au chaud, allaiter, surveiller la tétée/ alimentation	Convulsions, faible, léthargique.	Donner la première dose d'antibiotique et référer. Réanimation si nécessaire
Infection	6 propres*	Tenir propre et au chaud, allaitement, soins du nombril et des yeux	Hypo-/ Hyperthermie, Léthargie, mauvaise alimentation, convulsions	Identifier la source d'infection donner la première dose d'antibiotique et/ou référer

*"Six Propres": surface propre, ficelle propre pour nouer le cordon, l'Assistant à des mains propres, lame propre pour couper le cordon, tissu propre pour envelopper le bébé, tissu propre pour la mère.

PRÉSENTATION 27 (cont.)

SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU-NÉ ET SIGNES DE DANGER				
Soins Essentiels	Pratiques à la Naissance	Pratiques Pendant Les 7 Premières Jours	Signes de Danger	Traitement au Centre de Santé
Pneumonie	Endroit chaud pour l'accouchement, essuyer le bébé avec un tissu chaud et propre immédiatement	Tenir le bébé au chaud et au sec, allaiter, et surveiller la respiration.	Rythme resp > 60 tirage nasal et inter-costal	Traiter selon les symptômes décrits dans le protocole, donner la première dose d'antibiotique et référer
Tétanos Néonatal	6 propres*	Tenir au chaud, soins du cordon et des yeux	Convulsions Rigidité	
Soins Oculaires	Nettoyer les yeux immédiatement après l'accouchement avec un tissu propre. Appliquer des gouttes/une pommade selon le protocole.	Veillera la propreté des yeux. Ne rien appliquer	Gonflés, collés avec du pus	Nettoyer les yeux et donner des antibiotiques par voie parentérale et référer

*"Six Propres": surface propre, ficelle propre pour nouer le cordon, l'Assistant à des mains propres, lame propre pour couper le cordon, tissu propre pour envelopper le bébé, tissu propre pour la mère.

NOTES FINALES

- (1) UNICEF (1996). "The Progress of Nations". (New York: UNICEF.)
- (2) Moore, M. (1998). "Safe Motherhood, Safe Womanhood: Rethinking Reproductive Health Communication Strategies for the Next Decade." RHT Occasional Paper. Geneva: Maternal and Newborn/Safe Motherhood Unit, Division of Reproductive Health, WHO. (WHO/RHT/97.34.)
- (3) Li, X.F. et al. (1996). "The Post Partum Period: The Key to Maternal Mortality." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Volume 54, pp. 1-10.
- (4) World Health Organization. (1994) "Mother-Baby Package: An Approach to Implementing Safe Motherhood." (Geneva: WHO.)
- (5) Fortney, J. (1995). *Network: Maternal Health*. Volume 14, No 3.
- (6) Tinker, A. and Koblinsky, M. (1993). *Making Motherhood Safe*. (Washington, D.C.: World Bank.)
- (7) World Health Organization. (1998). Safe Motherhood Day Press Release. (Geneva: WHO.)
- (8) UNICEF/WHO (1996). "Maternal Mortality: Guidelines for Monitoring Progress." (New York: UNICEF.)
- (9) World Health Organization. (June 1995). *Essential Newborn Care: A Report of a Technical Working Group*. (Geneva: WHO.)
- (10) World Health Organization. (1995). *Management of the Sick Newborn: A Report of a Technical Working Group*. (Geneva: WHO.)
- (11) Levitt, M. (1996). *When the Training of TBAs is Cost Effective: Trained TBAs and Neonatal Essential Care in South Asia*. (Katmandu, Nepal: Redd Barna/HMG.)
- (12) Stolls, B. (1995). "The Global Impact of Neonatal Infection." *Clinics in Perinatology*, Volume 24, No. 1.
- (13) PATH. (1998). *Safe Motherhood*. Washington, DC: Outlook. Volume 16.
- (14) MotherCare Matters. (October 1997). *Learning in Action in the First Decade: The MotherCare Experience*. Volume 6, No. 4. (Arlington, VA: John Snow/MotherCare.)
- (15) Population Reference Bureau. (1997). *Improving Reproductive Health in Developing Countries*. (Washington, D.C: National Academy Press).
- (16) Population Reference Bureau. (1998). *World Population Data Sheet*. (Washington, DC: PRB.)
- (17) Neft, N. and Levine, A. (1997). *Where Women Stand*. (New York: Random House.)
- (18) Alan Guttmacher Institute. (1996). *Hopes and Realities*. (New York: AGI.)
- (19) Population Reports. (September 1997). *Care for Post-Abortion Complications: Saving Women's Lives*, Series L, Number 10.
- (20) World Health Organization. (1991). *Global Maternal Mortality Factbook*. (Geneva: WHO.)
- (21) McDonagh, M. (1996). "Is Antenatal Care Effective in Reducing Maternal Morbidity and Mortality?" *Health Policy and Planning* Volume 11. No. 1, pp. 1-15.
- (22) Rooney, C. (1992). *Antenatal Care and Maternal Health: How Effective Is It?* (Geneva: WHO.)
- (23) Baker, J. et al. (1996). *The Time to Act: Women's Nutrition and Its Consequences for Child Survival and Reproductive Health in Africa*. (Washington, DC: Academy for Educational Development.)
- (24) MotherCare Matters. (December 1996). "Micronutrient Supplementation for the Health of Women and Newborns." Volume 6, No. 1 (Arlington VA: John Snow/MotherCare).
- (25) CARE (July 1997). *Technical Report on Anemia*. (Atlanta, GA: CARE.)
- (26) Galloway, R. and Stanton, M.E. "Pregpregnancy Nutritional Status and its Impact on Birthweight" *SCN News* Vol. 11.
- (27) UNAIDS. (1997). *World AIDS Report*. (Geneva: UNAIDS).
- (28) Nieburg, K.A. (1998). "The Global Burden of Mother-to-Child Transmission of HIV-1". Presented at the Fourth World AIDS Congress, Geneva.

- (29) Linkages. (January 1998). "FAQ Sheet: Frequently Asked Questions on: Breastfeeding and HIV/AIDS." (Washington DC: Academy for Educational Development.)
- (30) Van Dam, C.J. (1995). "HIV, STD and Their Current Impact on Reproductive Health: The Need for Control of Sexually Transmitted Diseases." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 50 Supplement, pp. 121-129.
- (31) Feuerstein, M. T. (1993). Turning the Tide: Safe Motherhood: A District Action Manual. (London: Save the Children.)
- (32) Pillsbury, B. et al. (1990). *Understanding and Evaluating Traditional Practices: A Guide to Improving Maternal Care*. (Washington, DC: International Center for Research on Women.)
- (33) World Health Organization. (1995). *Female Genital Mutilation: Report of Technical Working Group*. (Geneva: WHO.)
- (34) Buvinic, M. and Lycette, M. (1988). *Women, Poverty and Development in the Third World*. (Washington DC: International Center for Research on Women.)
- (35) Buvinic, M. (March 1995). *Investing in Women*. Policy Series No. 2. (Washington DC: International Center for Research on Women.)
- (36) World Health Organization (1998). *Safe Vitamin A dosage during pregnancy and lactation*. (Geneva: WHO.)
- (37) World Health Organization. (1998). "Safe use of iodized oil to prevent iodine deficiency in pregnant women." *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 74, No. 1, pp. 1-3.
- (38) Population Information Program. (September 1995) "Meeting Unmet Need: New Strategies". *Population Report Series J*, No. 43.
- (39) Wedderburn, M. and Moore, M. (1990). *Qualitative Assessment of Attitudes Affecting Childbirth Choices of Jamaican Women*. (Arlington, Virginia: MotherCare.)
- (40) Macro International. (1993). *Service Availability*. Volume 7. (Columbia MD: Macro.)
- (41) UNICEF. (1995). *Factsheet on Violence Against Women*. (New York: UNICEF.)
- (42) Heise, L. et al. (1996). *Sexual Coercion and Reproductive Health*. (Washington DC: International Center on Research for Women.)
- (43) Maine, D. (1993). "Meeting the Community Halfway: Programming Guidelines for the Reduction of Maternal Mortality." Prepared for UNICEF, Columbia School of Public Health.
- (44) WHO/UNICEF. (1995). "Strengthening Midwifery Within Safe Motherhood." Report of a Collaborative ICM/WHO/UNICEF Pre-Congress Workshop, (Geneva:WHO.)
- (45) Ahmed, Y. et al. (March 1995). *Baseline Survey for Assessment of EOC Services in Bangladesh*. Dhaka: Bangladesh Institute of Research for Promotion of Essential Reproductive Health and Technologies (BIRPERHT).
- (46) MotherCare. (1993). "MotherCare Lessons Learned 1989-1993: Summary Final Report." (Arlington, VA: John Snow/MotherCare.)
- (47) Prevention of Maternal Mortality Network. (1997). *Studies in Family Planning*, Volume 23, No. 5, pp. 279-91.
- (48) Campbell, O., Koblinsky, M. and Taylor, P. (1995). "Off to a Rapid Start: Appraising Maternal Health and Services." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 48.
- (49) Koblinsky, M., Tinker, A and Daly, P. (1994). "Programming for Safe Motherhood: A Guide to Action." *Health Policy and Planning*, Volume 9, No 3. pp. 252-266.
- (50) Howard-Grabman, L. et al. (1993). "The Warmi Project: A Participatory Approach to Improve Maternal and Neonatal Health." (Arlington, Virginia: John Snow/MotherCare.)
- (51) WHO. (1996). *Safe Motherhood Needs Assessment*. [DRAFT]. (Geneva: WHO.) WHO/FHE/MSM/95.1.
- (52) Winard, K. (1995). "No Longer Giving Life through Death." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Volume 48, No. 18, pp. 3-10.
- (53) Maine, D. et al. (1997). The Design and Evaluation of Maternal Health Programs. (New York: UNDP.)
- (54) Haque, J. and Mostafa, G. (1993). *A Review of EOC Functions of Selected Facilities in Bangladesh*. (Dhaka: UNICEF.)
- (55) Elu, M.C. (October 1997.) "Making Motherhood Safe: Power of Partnership." Presented at Technical Consultation on Safe Motherhood. (Colombo: Sri Lanka.)

- (56) Maine, D. et al. (1996). "Why Did Maternal Mortality Decline in Matlab?" *Studies in Family Planning*, Volume 27, No. 4. pp. 179-186.
- (57) Okong, P. (1997). "Roles and Responsibilities of Physicians." Presented at the Technical Consultation of Safe Motherhood Meeting. (Colombo, Sri Lanka.)
- (58) Billing, D.L. (1997). *Training Midwives to Improve Post-abortion Care: A Study Tour in Ghana*. (Caraboro: IPAS).
- (59) Marshall, M. and Buffington, S. (1998). *Life Saving Skills for Midwives*. Washington DC: American College of Nurse-Midwives. Third Edition.
- (60) CARE. (1997). *Best Practices 2001: Final Report*. (Atlanta, GA: CARE.)
- (61) World Health Organization. (1994). *Home Based Maternal Records: Guidelines for Development, Adaptation and Evaluation*. (Geneva: WHO.)
- (62) American College of Nurse-Midwives. (1997). *Healthy Mothers, Healthy Newborns*. [Draft]. (Washington, DC: ACNM.)
- (63) Fawzi, W.W. et al. (May 16, 1998) "Randomized Trials of Effects of Vitamin Supplements on Pregnancy Outcomes and T Cell Counts in HIV-1-infected Women in Tanzania." *The Lancet*. Volume 351, No. 9114. pp. 1477-1482.
- (64) West, K. (1998) Vitamin A Supplementation of Pregnant Women in Nepal. Presentation at the CORE micronutrient meeting, Washington, DC.
- (65) MotherCare. (1998) Vitamin A Supplementation of Pregnant Women in Rural Indonesia. Preliminary findings presented at the MotherCare TAG, Washington, DC.
- (66) World Health Organization. (1990). Maternal Anthropometry for Prediction of Pregnancy outcome. InterAgency Working Group (USAID, WHO, PAHO and MotherCare).
- (67) AIDSCAP. (1995.) Chapter 9: Sexually Transmitted Diseases during Pregnancy (Eds). *Controlling Sexually Transmitted Diseases*. (Washington, DC: Family Health International.)
- (68) WHO/UNAIDS/UNICEF. (1998). *Breastfeeding and Infant Feeding Policy*. (Geneva: WHO).
- (69) Soucat, A. (1998). "From Efficiency to Effectiveness: The First Year Experience of the Ministry of Public Health's Experience to Prevent MTCT of HIV in Northern Thailand." Presented at the Fourth World AIDS Congress, Geneva.
- (70) Marseille, E. (1998). "The Cost-effectiveness of Short-course ZDV Therapy to Reduce MTCT of HIV in Tanzania and Thailand." Presented at the Fourth World AIDS Conference, Geneva.
- (71) Skekettee, R. et al. (1996). "Malaria Prevention in Pregnancy: The Effects of Treatment and Chemoprophylaxis on Placental Malaria Infection, Low Birth Weight, and Fetal, Infant and Child Survival." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Volume 55, No. 1.
- (72) Pawłowski, Z.S. et al. (1991). *Hookworm Infection and Anemia: Approaches to Prevention and Control*. (Geneva: WHO.)
- (73) Samai, O. et al. (1997). "Facilitating Emergency Obstetric Care through Transportation and Communication", Bo Sierra Leone. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 141-149.
- (74) Greenwood, A. et al. (1990). "Evaluation of a Primary Health Care Program in The Gambia: The impact of Trained Birth Attendants in the Outcome of Pregnancy." *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Volume 93, pp. 58-66.
- (75) WHO. (1996). *Maternity Waiting Homes: A review of experiences*. (Geneva: WHO). WHO/RHT/MSM/96.21.
- (76) Chiwuzie, J. et al. (1997). "Emergency Loan Funds to Improve Access to Obstetric Care in Ekpoma, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2. pp. 231-236.
- (77) Sibley, L. and Armbruster, D. (March/April 1997). "Obstetric First Aid in the Community – Partners in Safe Motherhood." *Journal of Nurse-Midwifery*, Volume 42, No. 2.
- (78) United States Agency for International Development. (1997) *Post-abortion Care Information Packet*. Post-abortion Care Working Group. (Washington, DC: USAID.)
- (79) Bang, A.T. (1994.) "Management of Childhood Pneumonia by Traditional Birth Attendants." *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 6, Supplement 72, pp. 897-905.

- (80) Junker, T et al. (1996). *Interventions in Obstetric Care: Lessons Learned from Abhoynagar*. Working Paper No. 124. Dhaka: ICDDR,B.
- (81) Howard-Grabman, L. et al. (1993). *Planning Together: Developing Community Action Plans to Address Priority Maternal and Neonatal Health Problems in Rural Bolivia*. (Arlington, Virginia: John Snow/MotherCare.)
- (82) Bower, B. and Perez, A. (1993). *Final Project Report: Cochabamaba Reproductive Health Project*. (Arlington, VA: John Snow, MotherCare.)
- (83) Janowitz, B. et al. (1988). "Referrals by Traditional Birth Attendants in Northeast Brazil: Referral Patterns and Perinatal Mortality." *Health Policy and Planning*, Volume 3, No.1, pp. 48-59.
- (84) Achadi, A. et al. (1994). "Village Midwife (Bidan Di Desa) in Central Java and South Sulewesi." Published by the Ministry of Health of Indonesia.
- (85) Russell, N. (1996). "CEDPA Safe Motherhood Network." Paper presented at the 1997 NCIH, Washington, DC.
- (86) Safe Home Delivery Kits Social Marketing Research Project. (March 1994). *Market Test Study Report*. Katmandu: Nepal.
- (87) Ottong, J.G. et al. (1997). "Community Mobilization for Blood Donation, Cross River State, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 181-190.
- (88) Djan, J.O. et al. (1997). Upgrading Obstetric Care at the Health Center Level, Juaben, Ghana. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 83-91.
- (89) Senah, K.A. (1997). "From Abandoned Warehouse to Life-saving Facility, Pakro Ghana." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 91-99.
- (90) Oyesola, R. et al. (1997) Improving Emergency Obstetric Care at a State Referral Hospital, Kebbi State *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 75-83.
- (91) Olukoya, A.A. et al. (1997). "Upgrading Obstetric Care at a Secondary Referral Hospital, Ogun State, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 67-75.
- (92) Ifenne, D. et al. (1997). "Improving the Quality of Obstetric Care at the Teaching Hospital, Zaria, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 37-46.
- (93) Sengeh, P. et al. (1997) "Improving Blood Availability in a District Hospital, Bo, Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 127-135.
- (94) Leigh, B. et al. (1997). "Improving Emergency Obstetric Care at a the District Hospital, Makeni, Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp. 55-66.
- (95) Hessler-Radelet, C. (1993). *Lessons Learned about the Impact of the Regionalization of Perinatal Care Project*. (Arlington, VA: John Snow/MotherCare.)
- (96) Daga, S.R. (February 1992). "Rural Neonatal Care: Dahanu Experience." *Indian Pediatrics*, Volume 29.
- (97) Rochjati, P. et al. (January 1995) "An Antenatal Risk Scoring System: East Java Safe Motherhood Study, Technical Paper 2." Arlington, VA: John Snow/MotherCare.
- (98) UNICEF. (August, 1998). *Programming for Maternal Survival*. New York: UNICEF

REFERENCES

*Références par Ordre Alphabétique et par Sujet.
Les Documents en Gras sont une Lecture Fortement Recommandée.*

ADOLESCENTS

Alan Guttmacher Institute. (1996). Issues in Brief: Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide. (New York: AGI.)

Family Health International. (October 1993). *Network: Adolescents*. Volume 14, No. 2.

Farrell, B.L. (December 1997). *Adolescent Antenatal Care Training Curriculum for Nurses and Midwives*. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Weiss, E. et al. (1996). Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World. Washington, DC: International Center for Research on Women.

World Health Organization (1996). *Adolescent Health – Investing in the Future*. Safe Motherhood Newsletter. Geneva: WHO. Volume 22, No. 3.

SOINS PRENATALS

Acharya, S. (1995). "How Effective is Antenatal Care to Promote Maternal and Neonatal Health?" *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Supplement 50, No. 2, pp. 79-80.

Chabot, H.J. and Eggens, K.H. (1986). "Antenatal Care for Illiterate Traditional Birth Attendants." *Tropical Doctor*, Volume 16, pp. 75-78.

Fortney, J. (1995). "Antenatal Risk Screening and Scoring: A New Look." *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, Supplement 50, No. 2, pp. 53-58.

Jucker, T. et al. (1996). *FWAs New Role in Antenatal Care and Use of Pictorial Card for Creating Awareness for Obstetric Emergencies*. ICDDR,B Working Paper No. 113.

Kumar, V. and Datta, N. (1995). "Home-based Mother's Health Records." *World Health Forum*, Volume 9, pp. 107-110.

McDonagh, M. (1996). "Is Antenatal Care Effective in Reducing Maternal Morbidity and Mortality?" *Health Policy and Planning* Volume 11, No. 1, pp. 1-15.

Rochjati, R.H. et al. *An Antenatal Risk Screening Card*. East Java Working Paper No. 21.

Rooney, Cleone. (1994). *Antenatal Care and Maternal Health: How Effective Is it?* Geneva: WHO.

Shah, K.P. and Shah, P.M. *The Mother's Card: a Simplified Aid for Primary Health Workers*. Geneva: WHO.

SOINS PRENATALS (cont.)

Shah, P.M. et al. (1993). "Evaluation of the Home-Based Maternal Record: A WHO Collaborative Study." *Bulletin of the World Health Organization*, pp. 535-548.

World Health Organization. (1994). *Home-Based Maternal Records: Guidelines for Development, Adaptation and Evaluation*. Geneva: WHO.

Yuster, E.A. (1995). "Rethinking the Role of the Risk Approach and Antenatal Care in Maternal Mortality Reduction." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No.2, 59-62.

COMMUNICATIONS

Belizan, J.M. (1995). "Impact of Women's Education During Pregnancy on Behavior and Utilization of Health Resources." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, No. 173, pp. 894-899.

Griffiths, M. et al. (November 1991). *Communicating Safe Motherhood: Using Communication to Improve Maternal Health in the Developing World*. Working Paper No. 14. Arlington, Virginia: John Snow/MotherCare.

Heichelheim, J. et al. (1995). From Research to Action: The Development of an I&EC Campaign in South Kalimantan, Indonesia. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Hull, V. et al. (1991). *By and for Women: Involving Women in the Development of Reproductive Health Care Materials*. New York: The Population Council.

Kamara, A. (May 1992). "Health Messages and Obstetric First Aid for the Community." Paper presented at Prevention of Maternal Mortality meeting in Accra, Ghana.

Moore, M. (1998). "Safe Motherhood, Safe Womanhood: Rethinking Reproductive Health Communication Strategies for the Next Decade." RHT Occasional Paper. Geneva: Maternal and Newborn/Safe Motherhood Unit, Division of Reproductive Health, WHO. (WHO/RHT/97.34)

Opoku, S.A. et al. (1997). "Community Education to Improve Utilization of Emergency Obstetric Services in Ghana." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 201-208.

Piotrow, P. et al. (1997). Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health. Westport, Connecticut: Praeger.

Starrs, A. and Rahan, R. (1995). Getting the Message Out: Designing an Information Campaign on Women's Health. New York: Family Care International.

Tabbutt, J. (1994). Strengthening Communication Skills for Women's Health: A Training Guide. New York: Family Care International.

PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

- Alisjahbana, A. et al. (1995). "An Integrated Village Maternity Service to Improve Referral Patterns in Rural Areas of West Java." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 48.
- Bello Gummi, F. et al. (1997). "Community Education to Encourage Use of Emergency Obstetric Services, Kebbi State, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp. 191-200.
- Bower, B. and Perez, A. (1993). Final Project Report: Cochabamaba Reproductive Health Project. Arlington, VA: John Snow/MotherCare
- Chiwuzie, J. et al. (1997). "Emergency Loan Funds to Improve Access to Obstetric Care in Ekpoma, Nigeria" *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 231-236.
- Essien, E. et al. (1997). "Community Loan Funds and Transport Services for Obstetric Emergencies in Northern Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp. 237-244.
- Fauveau, V. et al. (November 1991). "Effect of Mortality on Community-Based Maternity Care Programs in Rural Bangladesh." *Lancet*, Volume 338, pp. 1183-86.
- Figatalamanca, I. (1996) "Maternal Mortality and the Problem of Accessibility to Obstetric Care: The Strategy of Maternity Waiting Homes." *Social Science Medicine*, Volume 42, No. 10, pp. 1381-1390.
- Fofana, P. et al. (1997). "Promoting the Use of Obstetric Services through Community Loan Funds." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp. 225-230.
- Franco, C. et al (1997). "Employer-based Programs in Maternal and Child Health: Project HOPE's Strategy for Attaining Long-Term Sustainability of Health Promotion in Malawi." Technical Report. Arlington, Virginia: John Snow/BASICS.
- Howard-Grabman, L., et al. (1993). "Planning Together: Developing Community Action Plans to Address Priority Maternal and Neonatal Health Problems in Rural Bolivia." Arlington, Virginia: John Snow/MotherCare. Working Paper.
- Howard-Grabman, L. et al. (1993). "The Warm Project: A Participatory Approach to Improve Maternal and Neonatal Health." Arlington, Virginia: John Snow/MotherCare.
- Jafaraey, S.N. and Korejo, R. (1995). "Social and Cultural Factors Leading to Mothers Being Brought Dead to Hospital." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 97-100.
- Kandeh, H.B.S. et al. (1997). "Community Motivators Promote Use of Emergency Obstetric Services in Rural Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 209-218.

PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES (cont.)

- Kwast, B. (1995). "Building a Community-Based Maternity Program." *International Journal of Obstetrics and Gynecology, Supplement 48*, pp. 67-82.
- Maine, D. (1993). *Meeting the Community Halfway: Programming Guidelines for the Reduction of Maternal Mortality*. New York: Prepared for UNICEF by Columbia School of Public Health.
- Nachbar, N. (September 1997). *Report on the Use of the Community Diagnosis to Explore Safe Motherhood: A Two-Country Comparison and Methodological Critique*. Technical Paper 6. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.
- Nwakoby, B. et al. (1997). "Community Contact Persons Promote Utilization of Obstetric Services, Anambra State, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology, Supplement 59, No. 2*, pp. 219-224.
- Olaniran, N. et al. (1997). "Mobilizing the Community to Utilize Obstetric Services, Cross River State, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology, Supplement 59, No. 2*, pp. 181-190.
- Ottong, J.G. (1997). "Community Mobilization for Blood Donations, Cross River State Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology, Supplement 59, No. 2*, pp. 119-126.
- Poovan, P. et al. (1990). "Maternity Waiting Home Reduces Obstetric Risk." *World Health Forum, Volume 11*, pp. 440-445.
- Rifkin, S. et al. (1988). "Primary Health Care: On Measuring Participation." *Social Science and Medicine, Volume 26, No. 9*, pp. 931-940.
- Rifkin, S. (1990). *Community Participation in Maternal and Child Health/Family Planning Programmes*. Geneva: WHO.
- Samai, O. and Sengeh, P. (1995). "Facilitating Emergency Obstetric Care Through Transportation and Communication, Bo, Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology, Supplement 59, No. 2*, pp. 157-164.
- Shears, P. and R. Mkerenga. (1985). "Evaluation on the Impact of Mother and Child Health Services at the Village Level: A Survey in Tanzania and Lessons for Elsewhere." *Annals of Tropical Pediatrics, Volume 5*, pp. 55-59.
- Shehu, D. et al. (1997). "Mobilizing Transport for Obstetric Emergencies in Northwestern Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology, Supplement 59, No. 2*, pp. 173-180.
- Stirling, J.M. (November 1997). "Report on Community Diagnosis: MotherCare Safe Motherhood Project: South Kalimantan." Indonesia: MotherCare.
- Suwannapong, N. (April 6-11, 1997) *Community-Based Approaches in Reducing Maternal Mortality in Thailand*. Asean Institute for Health Development. Paper Presented at the Safe Motherhood Asia 97 Workshop, Indonesia.
- Wilson, J.B. et al. (1997). "The Maternity Waiting Home Concept: The Nsawam, Ghana Experience." *International Journal of Obstetrics and Gynecology, Supplement 59, No. 2*, pp. 165-173.
- World Health Organization. (1991). *Community Involvement in Health Development: Challenging the Health Services*. WHO Technical Report Series 809, Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1996). *Maternity Waiting Homes: A Review of Experiences*. Geneva: WHO. WHO/RHT/MSM/96.21

COÛT DES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE

Becharand, E. (1998) Costing package of drugs for EOC. Presentation at the MotherCare Technical Advisory meeting/Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

EiTahir, A. and Maine, D. (1994). *Estimating Resources for Emergency Obstetrical Care: A Management Tool*. Prepared for WHO.

Lister, C. (1998) *Mother/Baby Costing Package*. Geneva: WHO.

SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE/ESSENTIELS

Ahmed, Y. et al. (March 1995). *Baseline Survey for Assessment of EOC Services in Bangladesh*. Dhaka: Bangladesh Institute of Research for Promotion of Essential Reproductive Health and Technologies (BIRPER-HT).

Ahmed, S. et al. (August 1996). *Introduction of Comprehensive EOC at the Thana Level: Experience from Mirsarai, Chittagong*. Dhaka: MOFHW and ICDDR.

Ande, B. et al. (1997). "Improving Obstetric Care at the District Hospital, Ekpoma, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 47-54.

Danquah, J.B. et al. (1997). "Improving Record Keeping for Maternal Mortality Programs, Kumasi, Ghana" *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 149-156.

Djan, J.O. et al (1997). "Upgrading Obstetric Care at the Health Center Level, Juaben, Ghana." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 83-90.

EiTahir, A. et al. (1994). *Management of Obstetric Complications in the Community, Health Post, Health Center and Hospital*. New York: Columbia University School of Public Health.

Haque, J. and Mostafa, G. (1993). *A Review of EOC Functions of Selected Facilities in Bangladesh*. Dhaka: UNICEF.

Hussain, M.A. (1995). "Eclampsia: Modern Outlook on Prevention and Treatment." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No 2, pp. 63-66.

Ifenne, D. et al. (1997). "Improving the Quality of Emergency Obstetric Care in Hospitals." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No 2, pp. 37-46.

Juncker, T et al. (1996). *Interventions in Obstetric Care: Lessons Learned from Abhoynagar*. Working Paper No. 124 Dhaka: ICDDR,B.

SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE/ESSENTIELS (cont.)

Leigh, B. et al. (1997). "Improving Emergency Obstetric Care at a District Hospital, Makeni, Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 55-66.

Moore, M. (August 1996). **A Brief Background Paper and Suggested Revisions for the Detailed Implementation Plan: Guidelines for USAID PVO Child Survival Projects: Maternal and Newborn CARE Component.** Washington, D.C.

Mosfa, G. and Haque, A. (1993). *A Review of the Emergency Obstetric Care Functions of Selected Facilities in Bangladesh.* Dhaka: UNICEF.

Nirupam, S. (1992). *Availability of Emergency Obstetric Care in Three Districts: Current Status and Next Steps.* Government of India and UNICEF.

Nwagbo, D. et al. (1997). "Establishing a Blood Bank at a Small Hospital, Anambra State, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 135-140.

Olukoya, A.A. (1997). "Upgrading Obstetric Care at a Secondary Referral Hospital, Orgun State, Nigeria" *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp. 67-74.

Oyesotla, R. et al. (1997). "Improving Emergency Obstetric Care at a State Referral Hospital, Kebbi State Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp. 75-82.

Papiernik, E. (1995). "The Role of Obstetrics Medical Care in Preventing Deaths: A Historical Perspective on European Figures Since 1751." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 73-78.

Prevention of Maternal Mortality Network. (1992). "Barriers to Treatment of Obstetric Emergencies in Rural Communities in West Africa." *Studies in Family Planning*, Volume 23, No. 5, pp. 279-91.

Prevention of Maternal Mortality Network. (1995). "Situational Analyses of Emergency Obstetric Care: Examples from Eleven Operations Research Projects in West Africa." *Social Science and Medicine*, Volume 40, No. 5, pp. 657-667.

Obstetrical and Gynecologist Society of Bangladesh. (September 1993). "Emergency Obstetric Care: Interventions for the Education of Maternal Mortality." Dhaka: UNICEF

Sabitu, K. et al. (1997). "The Effect of Improving Maternity Services in a Secondary Facility, Zaria, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No 2, pp. 99-106.

Senah, K.A. et al. (1997). "From Abandoned Warehouse to Life-Saving Facility, Pakro, Ghana." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 91-98.

SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE/ESSENTIELS (cont.)

- Sengeh, P. et al. (1997). "Improving Blood Availability in a District Hospital, Bo, Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 127-134.
- Sinclair, C. (1996). Handbook of Obstetrical Emergencies. Philadelphia, PA: B. Saunders Company.
- Stewart, M.K. "Validation Study of Women's Reporting and Recall of Obstetric Complications Treated at the Philippines General Hospital." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 48.
- Sundrai, T.K. (1992). "The Untold Story: How the Health Care System in Developing Countries Contributes to Maternal Mortality." *International Journal of Health Services*, Volume 22, No. 3, pp. 513-528.
- Thurray, H. et al. (1997). "Establishing a Cost Recovery System for Drugs, Bo, Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp.141-148.
- UNFPA. (October 1996). *Strengthening MCH/FP Services at MCWCs in Bangladesh*. (Dhaka: University: UNFPA.)
- UNICEF. (1995). *Report on the Project for Strengthening EOC in Bangladesh*. Prepared for the Meeting of the Central Project Management Board. Dhaka: UNICEF.
- World Health Organization. (1991). *Essential Elements of Obstetric Care at the First Referral Level*. Geneva: WHO.

PLANIFICATION FAMILIALE

- Arkutu, A. (1995). "Family Planning in Sub-Saharan Africa: Present Status and Future Strategies." *International Journal, of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 27-34.
- Association for Voluntary and Safe Contraception. (1995). Talking with Clients about Family Planning. New York: AVSC.
- Association for Voluntary and Safe Contraception. (1994). *Client Oriented Provider Efficiency*. New York: AVSC.
- Blumenthal, P. and McIntosh, N. (1996). Pocket Guide for Family Planning Service Providers. Baltimore MD: JHPIEGO.

PLANIFICATION FAMILIALE (cont.)

CARE Uganda. (July 1997). Participants Workbook for Community-Based Sales Training. CBS Sales Training. CARE/Uganda.

Dwyer, J. and Jezowski, T. (February 1995). *Quality Management for Family Planning Services: Practical Experience from Africa*. AVSC Working Paper No. 7.

Hatcher, R.A. et al. (1997). "The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff." Baltimore, Maryland: Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health.

Kapoor, I. (1995). "Unmet Need in Family Planning in South Asia Region." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 50, No. 2, pp. 19-26.

Piya-Anant, et al. (1995). "Birth Control Counseling for HIV Seropositive Pregnant Women." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 50, No. 2, pp. 131-134.

Population Information Program. (September 1996). *Meeting Unmet Need: New Strategies*. Population Reports Series J, No. 43.

Program for Appropriate Technology in Health. (December 1995). *Outlook: Improving Contraceptive Access: WHO Reviews Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. Seattle: PATH, Volume. 13, No 4.

Rosenfield, A. et al. "Women's Health in the Third World: The Impact of Unwanted Pregnancy." *Special Supplement to International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Supplement 3.

Senanayake, P. (1995). "The Impact of Unregulated Fertility on Maternal and Child Survival." International Federation of Gynecology and Obstetrics. Supplement 50, No. 2, pp.11-17.

World Health Organization. (1996). *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. Geneva: WHO.

RÉFÉRENCES FRANÇAISES

De Brouwere, V. et al (1996) "Estimation des Besoins en Interventions Obstericales au Maroc. Une Approche Fondée sur l'Analyse Saptiale des Deficits". *Review of Epidemiology et Sante Publication*, Volume 44, pp. 111-124.

OUVRAGES GÉNÉRAUX

Alan Guttmacher Institute. (1996). *Hopes and Realities*. New York: AGI.

Department for International Development. (1997). *Time for Action: Reducing the Dangers of Pregnancy in Poor Societies*. Options Consultancy Services LTD.: London.

International Planned Parenthood Federation. (January 1998). "Safe Motherhood." *Planned Parenthood Challenges*. London: International Planned Parenthood Federation.

International Planned Parenthood Federation. (1993). *Sexual and Reproductive Health*. London: IPPF .

Johnson, R.H. (December 1996). Accelerating the Reduction of Maternal Mortality in Indonesia. Jakarta: JHPIEGO.

Kassass, M. et al. (1995). "The National Maternal Mortality Study to Reduce Deaths in Egypt." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 50, No. 2, pp. 101-108.

Koblinsky, M.A. (October 1995). "Beyond Maternal Mortality – Magnitude, Interrelationships, and Consequences of Women's Health, Pregnancy-related Complications and Nutritional Status on Pregnancy Outcomes." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 48, pp. 21-32.

Neft, N. and Levine, A. (1997). Where Women Stand. New York: Random House.

Nirupam, S. and Yuster, E.A. (October 1995). "Social and Cultural Factors Leading to Mothers Being Brought Dead to the Hospital." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Supplement 48.

Nurture/Center to Prevent Childhood Malnutrition. (1996). Factsheet. Washington, D.C.: Nurture.

Population Communications International. (December 1997). *Beyond Cairo...NGO responses to the 1994 International Conference on Population and Development*. New York: PCI.

Population Information Program. *Mothers Lives Matter – Maternal Health in the Community*. Population Reports, Series I, No. 7.

Population Information Program (1992). *The Reproductive Revolution: New Survey Findings*. Population Reports, M, No. 11.

Population Reference Bureau. (1997). *Improving Reproductive Health in Developing Countries*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Population Reference Bureau. (1996). *World Population Data Sheet*. Washington, D.C.: PRB.

Program for Appropriate Technology in Health. (August 1994). *Outlook: Women's Reproductive Health*. Seattle, Washington: PATH. Volume 12, No 2.

Rosenfield, A. and Maine, D. (July 13, 1985). "Maternal Mortality – Neglected Tragedy." *The Lancet*.

Tinker, A. (1996). *Improving Women's Health in India*. (Washington, D.C: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank.)

OUVRAGES GÉNÉRAUX (cont.)

Tinker, A. (1994). A New Agenda for Women's Health and Nutrition. Washington, D.C: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank.

UNFPA. (1998). *Hopes and Realities: Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences*. (Washington, D.C.: Alan Guttmacher Institute.)

UNICEF. (April 1998). *Building Mother-Friendly Societies*. New York: UNICEF .

UNICEF. (1996). *Factsheet on Maternal and Neonatal Mortality*. New York: UNICEF.

UNICEF. (1996). *Factsheet on Women's Reproductive Health Issues*. New York: UNICEF.

UNICEF. (1997). State of the World's Children. New York: UNICEF.

UNICEF. (1996). *The Progress of Nations*. New York: UNICEF.

WHO (1998). *Safe Motherhood Day Press Packet*. Geneva: WHO

WHO. (1991). Global Maternal Mortality Factbook. Geneva: WHO.

LEÇONS APPRIS

De Sweerner-Ba, C. (1994). *Mothers and Child Survival. Lessons Learned in Adding Maternal Health Interventions to PVO Child Survival Projects*. Baltimore: Johns Hopkins University.

El-Shafei, M. (1995). "Lessons Learned from the Maternal Mortality Study to Reduce Deaths in Egypt." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 109-112.

Elu, M.C. (October 1997) "Making Motherhood Safe: Power of Partnership." Presented at Technical Consultation on Safe Motherhood. Colombo: Sri Lanka.

Laukaran, V. et al. (November 1994). "Delivering Women-Centered Maternity Care with Limited Resources: Grenada." *Reproductive Health Matters*. Volume 4, pp. 11-19.

Koblinsky, M. (February 1997). *Safe Motherhood: Lessons Learned 1987-1997*. Prepared for Intersectoral Meeting, Indonesia.

Kwast, B. (1993). "Safe Motherhood – The First Decade." *Midwifery*, Volume 9, pp. 105-123.

MotherCare Matters. (October 1997). Learning in Action in the First Decade: The MotherCare Experience. Volume 6, No. 4, Special Edition.

MotherCare. (1993). MotherCare Lessons Learned 1989-1993: Summary Final Report. Arlington, VA: John Snow/MotherCare

LEÇONS APPRISSES (cont.)

National Population and Family Development Board of Malaysia. (April 1998) *Country Background Paper: Malaysia*. Presented at the Asia Regional Workshop on Orientation and Project Idea Development. Dhaka, Bangladesh.

Tinker, A. (1996) *Improving Reproductive Health in Pakistan and Saving Women's Lives*. Washington, DC: World Bank.

Turman, T. and AbouZhar, C. and Koblinsky, M. (1995). "Reproductive Health: The MotherCare Experience." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Supplement 48.

World Health Organization. (1996). "Progress Report 1993-95: Safe Motherhood." Geneva: WHO.

PALUDISME

Garner, P. and Brabin, B. (1994). "A Review of Randomized Control Trials of Routine Antimalarial Drug Prophylaxis during Pregnancy in Endemic Malarious Areas." *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 72, No. 1, pp. 89-99.

Program for Appropriate Technology in Health. (1990). "Malaria." *Health Technology Directions*. Volume 10, No.1, pp.1-12.

Rueben, R. (1993). "Women and Malaria: Special Risks and Appropriate Control Strategy." *Social Science and Medicine*, Volume 37, No. 4, pp. 473-480.

Steketee, R. et al. (1996). "Malaria Prevention in Pregnancy: The Effects of Treatment and Chemoprophylaxis on Placental Malaria Infection, Low Birth Weight, and Fetal, Infant, and Child Survival." *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. Volume 55, No. 1. Entire volume.

USAID. (1995). *Integrated Malaria Control Strategy for Sub-Saharan Africa*. Washington, D.C: USAID.

MORBIDITÉ MATERNELLE

Bhatia, J. (1995). "Levels and Determinants of Maternal Morbidity: Results from Community-based study in Southern India." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 153-164.

Cottingham, J. and Royston, E. (1991). *Obstetric Fistula: A Review of Available Information*. World Health Organization. Volume C-34.

Fortney, J. (February 1994). *Network: Maternal Health*, Volume 14, No. 3. Durham: FHI.

Jain, A.K. et al. (1996). *Measuring Reproductive Morbidity with a Sample Survey in Peru*. Program Division Working Paper, No. 9, Population Council.

NUTRITION MATERNELLE

- Achadi, E.L. et al. (1995). "Women's Nutritional Status, Iron Consumption and Weight Gain during Pregnancy in Relation to Neonatal Outcome in West Java." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 48, No. 2, pp. 19-26.
- Alabi, E.M. (1984). *Nutritional Taboos in Africa: A Nigerian Experience*. Presented at a Meeting of the Senegal MOH and NGO Working Group on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children.
- Baker, J. et al. (1996). *The Time to Act: Women's Nutrition and Its Consequences for Child Survival and Reproductive Health in Africa*. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- Brabin, B.J. (1992). *The Role of Malaria in Nutritional Anemia*. New York: Vevy/Raven Press.
- Christian, P. (1998). "An Ethnographic Study of Night Blindness Among Women in the Terai of Nepal." *Social Science Medicine*, Volume 46, No. 7, pp. 879-889.
- Galloway, R. (1995). *Women's Nutritional and Reproductive Determinants, Consequences and Recommendations: Micronutrient Malnutrition*. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.
- MotherCare Matters. (December 1996). "Micronutrient Supplementation for the Health of Women and Newborns." Volume 6, No. 1. Arlington VA: John Snow/MotherCare.
- CARE (July 1997). *Technical report on Anemia*. Atlanta, GA: CARE.
- Galloway, R. and Stanton, M.E. "Pregpregnancy Nutritional Status and its Impact on Birthweight." *SCN News*, Volume 11.
- George, N. (November 1990). *Interventions to Improve Maternal and Neonatal Health and Nutrition*. Working Paper No. 4. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.
- Huffman, S. (1984). "Determinants of Breastfeeding in Developing Countries: Overview and Policy Implications." *Studies in Family Planning*, Volume 15, No. 4, pp. 170-183.
- Koblinsky, M. (March 1, 1986). "Anemia and Women's Health." *MotherCare Matters*, Volume 4, No. 1.
- Leslie, J. (1991). "Women's Nutrition: The Key to Improving Family Health in Developing Countries." *Health Policy and Planning*, Volume 6, No. 1.
- MotherCare. (1992). *The Prevalence of Maternal Anemia in Developing Countries*. Working Paper 7b. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.
- Program for Appropriate Technology in Health. (1996). *Anemia Detection in Health Services: Guidelines for Program Managers*. Seattle: PATH.
- Ross, J. and Thomas, E. (January 1996). *Iron Deficiency Anemia and Maternal Mortality*. [A Paper in Progress] Washington, DC: Academy for Educational Development.
- Rosso, P. (1985). "A New Chart to Monitor Weight Gain During Pregnancy." *American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 41, pp. 644-652.

NUTRITION MATERNELLE (cont.)

- West, K. (1998) Vitamin A Supplementation of Pregnant Women in Nepal. Presentation at the CORE Micronutrient Meeting, Washington, DC.
- MotherCare. (1998) Vitamin A Supplementation of Pregnant Women in Rural Indonesia. Preliminary findings presented at the MotherCare TAG, Washington, DC.
- Sarin, A. (1995). "Severe Anemia of Pregnancy: Recent Experience." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 45-49.
- Shah, K. P. et al. (1979). "Relation of Maternal Nutrition and Low Birth Weight." *Indian Pediatrics*, Volume 71, No. 5, pp. 535-548.
- Sommer, A. (1995). *Vitamin A Deficiency and Its Consequences*. Geneva: WHO.
- Stoltzfus, R. et al. (1993). "High Dose Vitamin A Supplementation of Breastfeeding Indonesian Mothers: Effects on Vitamin A Status of the Mother and Infant." *American Institute of Nutrition*.
- Utomo, B. et al. (1993). *The Alleviation of Maternal Anemia in Indramayu Regency, Indonesia: Results from the MotherCare Project*. Working Paper 23. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.
- World Health Organization. (1998). *Safe Vitamin A Dosage during Pregnancy and Lactation*. Geneva:WHO.
- World Health Organization. (1990). *Maternal Anthropometry for Prediction of Pregnancy Outcome*. InterAgency Working Group USAID, WHO, PAHO and MotherCare.

SAGES-FEMMES/DOCTEURS

- Achadi, A. et al. (1994). "Village Midwife (Bidan Di Desa) in Central Java and South Sulawesi." Published by the Ministry of Health of Indonesia.
- Chaste, B. (1992). "Midwives Key to Rural Health Workers in Maternity Care." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Volume 38, No. 2, pp. 9-15.
- Cominsky, S. (1992). "Traditional Midwifery and Contraception." *Traditional Medicine: A Reader for Health Administrators and Practitioners* Geneva: WHO.
- The Family Health Service Project. (August 1993). *Interpersonal Communication and Counseling Curriculum for Midwives*. Nigeria: John Snow/MotherCare.
- Greenberg, L. (1982). "Midwife Training Programs in Highland Guatemala." *Social Science and Medicine*, Volume 16, pp. 1599-1609.
- Indonesian Ministry of Health and MotherCare/JSI. (1997). *Building Quality into a Training and Continuing Education System for Midwives: A Systems Approach*. Arlington, VA:John Snow/MotherCare.

SAGES-FEMMES/DOCTEURS (cont.)

Mantz, M.L. and Okong, P. (October 1994) Evaluation Report: Life-Saving Skills Program for Midwives. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

MotherCare. (1993). "Interpersonal Communication and Counseling Curriculum for Midwives." Arlington VA: MotherCare/Family Health Service Project in Nigeria.

Okong, P. (1997). Roles and Responsibilities of Physicians. Presented at the Technical Consultation of Safe Motherhood Meeting. Colombo, Sri Lanka.

Peters, M.H. (1995). "Midwives and the Achievement of Safer Motherhood." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 50, No. 2, pp. 89-92.

WHO/UNICEF. (1995). "Strengthening Midwifery Within Safe Motherhood." *Report of a Collaborative ICM/WHO/UNICEF Pre-Congress Workshop*, Geneva:WHO.

soins aux nouveaux-nés

Bang, A.T. (1994). "Management of Childhood Pneumonia by Traditional Birth Attendants." *Bulletin of the World Health Organization*. Volume 72, No. 6, pp. 897-905.

Ceesay, S.M. et al. (1997). "Effects on Birth Weight and Perinatal Mortality of Maternal Dietary Supplements in Rural Gambia: 5-Year Randomized Control Trial." *British Medical Journal*, Volume 315, pp. 786-790.

Daga, SR. (February 1992). "Rural Neonatal Care: Dahanu Experience." *Indian Pediatrics* Volume 29.

Gasse, F. (1995). "Neonatal Tetanus: Review of Progress." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 67-72.

Lanhsten, R. (June 1998). *Comments of Perinatal/Neonatal Mortality Study*. Presented at the MotherCare Technical Advisor Group.

Luther, N.Y. (April 1998). *Mother's Tetanus Immunization Is Associated Not Only With Lower Neonatal Mortality But Also With Lower Early-Childhood Mortality*. National Family Health Survey Bulletin. No. 10. Mumbai International Institute For Population Sciences.

Nicoll, A. et al. (1995). "Infant Feeding Policy and Practice in the Presence of HIV-1 Infection." *AIDS* Volume 9, No. 2.

Nieburg, P. (1998). "The Global Burden of Mother-to-Child Transmission of HIV-1." Presented at the Fourth World AIDS Congress, Geneva.

SOINS AUX NOUVEAUX-NÉS (cont.)

Pratinidhi, A.K. et al. (1985). "Birth Attendants and Perinatal Mortality." *World Health Forum*. Volume 6, No. 2, pp. 115-117.

Ross, D. (1995). *The Trained Traditional Birth Attendant and Neonatal Tetanus*. Geneva: WHO. Offset Publication.

Schieber, B. et al. (1993). *Guidelines for the Management of Principal Neonatal Emergencies at Regional/Departmental Hospitals*. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Schieber, B. et al. (1995). *Medical Audit of Early Neonatal Deaths: INCAP/Quetzaltenango Maternal and Neonatal Health Project*. Technical Working Paper 1. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Singh, M. et al. (August 1997). "The State of India's Neonatal Units in the Mid-Nineties." *Indian Pediatrics*, Volume 34.

Stoll, B. (March 1997). "The Global Impact of Neonatal Infection." *Clinics in Perinatology*, Volume 24, No. 1.

World Health Organization. (1997). *Basic Newborn Resuscitation: A Practical Guide*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (June 1995). *Management of the Sick Newborn: A Report of a Technical Working Group*. Ankara: WHO.

World Health Organization. (June 1995). *Essential Newborn CARE: A Report of a Technical Working Group*. Geneva: WHO.

Zupan, Jelka. (unpublished 1995). *Essentials of Newborn Care*. Geneva: WHO.

SOINS D'URGENCE OBSTETRICAUX

Sibley, L. and Armbruster, D. (March/April 1997). "Obstetric First Aid in the Community – Partners in Safe Motherhood." *Journal of Nurse-Midwifery*. Volume 42, No. 2.

PERINATAL

Espeut, D. (January 1998). *Perinatal Mortality in Developing Countries: A Review of the Current Literature and Methodological Issues in Community-Based Assessment*. Technical Working Paper 5. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

AVORTEMENT A RISQUE/SOIN DE POST-AVORTEMENT

- Baird, T.L. et al. (September 1997). *Christian Hospitals in Nigeria Provide Post-abortion Care and STD Management Dialogue, Issues in Abortion Care 1*, Carrboro, NC: IPAS.
- Benson, J. (1992). "Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Questions." *Issues in Abortion Care*, No. 2. Carrboro: IPAS.
- Bhatia, S. and Faruque, A. and Chakraborty, J. (June 1980). "Assessing Menstrual Regulation Performed by Paramedics in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning*, Volume 11, No. 6, pp. 213-215.
- Billings, D.L. (1998). **Training Midwives to Improve Post-abortion Care: A Study Tour in Ghana. October 12-19, 1997. IPAS.**
- Bleek, W. et al. (1994). "Illegal Abortion in Southern Ghana: Methods, Motives and Consequences." *Human Organization*, Volume 45, No. 4, pp. 333-334.
- Greenslade, F. et al. (1994). "Post-Abortion Care: A Women's Health Initiative to Combat Unsafe Abortion." Volume 4, No. 1, pp.1-4. *Advances in Abortion Care*. Carrboro: IPAS.
- International Planned Parenthood Federation (1993). *Unsafe Abortion*. London: IPPF.
- IPAS. (1994). "Post-abortion Care: Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods." *Advances in Abortion Care*, Volume 4, No. 2, pp. 1-4. Carrboro: IPAS.
- Maine, D. (September, 1994). "The Bad Old Days are Still Here: Abortion Mortality In Developing Countries." *Journal of the American Women's Association*. Volume 49, No. 5, pp. 137-42.
- Ostea, K. (June 1997). "Midwives Deliver Post-Abortion Care Services in Ghana." *Dialogue*, Volume 1, No. 1.
- Population Reports. (September 1997). *Care for Post-abortion Complications: Saving Women's Lives*. Series L, Number 10.
- Potts, J. L. (1997). "Ensuring Sustainability of Post-Abortion Care Programs: The Framework of Sustainability in Action." *Advances in Abortion Care*. Carrboro: IPAS.
- Reproductive Health Matters. "Abortion: Unfinished Business." *Reproductive Health Matters*. Volume 9.
- Tawab, N. A. et al. (December 1997). "Counseling the Husbands of Post-Abortion Patients in Egypt: Effects on Husband Involvement, Patient Recovery, and Contraceptive Use." Population Council: Asia & Near East Operations Research & Technical Assistance Project.
- United States Agency for International Development. (1997) *Post-Abortion Care Information Packet*. Post-Abortion Care Working Group. Washington, DC: USAID
- World Health Organization. (1998). "Unsafe Abortion." Geneva: WHO.

SOINS POST-PARTUM

Beck, D. (October 1997). *Integrated Postpartum Care*. Technical Consultation on Safe Motherhood. Colombo, Sri Lanka. P

Finger, W. (Summer 1997). "Better Postpartum Care Saves Lives". Network. Durham: FHI.

Goodburn, E. et al. (January/February 1995). "Beliefs and Practices Regarding Delivery and Postpartum Maternal Morbidity in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning*, Volume 26, No. 1.

Li, X.F. et al. (1996). "The Post-Partum Period: The Key to Maternal Mortality." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Volume 54, pp. 1-10.

ÉLABORATION DES PROGRAMMES, CONTRÔLE ET ÉVALUATION

Akalin, M. et al. (December 1997). "Why Perinatal Mortality is Not a Proxy for Maternal Mortality." *Studies in Family Planning*, Volume 28, No. 4.

Bailey, P.E. et al. (1994). Analysis of Vital Events Reporting System of the Maternal and Neonatal Health Project: Quetzaltenango, Guatemala. Paper No. 3, Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Bashir, A. et al. (1995). "5-Year Study of Maternal Mortality in Faisalabad, Pakistan." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 93-96.

Bertrand, J. and Tsui, A. (September 1995). Indicators for Reproductive Health Program Evaluation. Chapel Hill: University of North Carolina.

Bhuiyan, A.B. and Hussain, F. (1995). "Maternal Mortality: National versus Hospital Situation." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 165-168.

Campbell, O. and Koblinsky, M. and Taylor, P. (June 1995). "Off to a Rapid Start: Appraising Maternal Health and Services." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 48.

Conroy, C. (June 1995). "Policy Change and its Application to Safe Motherhood Programming." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 48, pp. 129-127.

Cornwall, A. (1995) *Towards Participatory Practice: PRA and Participatory Processes*. In K. de Konig and M. Martin (Eds) Participatory Approaches to Health and Community Development. London: Zed Publications

Donnay, F. et al. (1996). *Background Paper on UNICEF's Programming for the Reduction of Maternal Mortality*. New York: UNICEF.

UNICEF/WHO (1996). *Maternal Mortality: Guidelines for Monitoring Progress*. New York: UNICEF.

Graham, W. and Airey, P. "Measuring Maternal Mortality: Sense and Sensitivity," *Health Policy and Planning*, Volume 2, No. 4, pp. 323-333.

Graham, W. et al. (April 1995). "Asking Questions about Women's Reproductive Health in Community-based Surveys: Guidelines on Scope and Content." London School of Hygiene and Tropical Medicine.

ÉLABORATION DES PROGRAMMES, CONTRÔLE ET ÉVALUATION (cont.)

Govindasamy, P. (June 1993). "High-Risk Births and Maternity Care." Demographic Health Surveys. Comparative Studies No. 8. Columbia, MD: Macro International.

Leete, R. (January 1998). *Issues in Measuring and Monitoring Maternal Mortality: Implications for Programmes*. Technical and Policy Paper No. 1. UNFPA.

Ojeda, N. (1992). "Evaluation of Maternal and Child Health Services in Latin America." *World Health Forum*, Volume 13, pp. 132-142.

Koblinsky, M., Tinker, A. and Daly, P. (1994). "Programming for Safe Motherhood: A Guide to Action." *Health Policy and Planning*. Volume 9, No. 3, pp. 252-266.

Kwast, B. (October, 1994). Indicators for Obstructed and Prolonged Labor, Puerpal Sepsis and Post-Partum Hemorrhage: Profile of Admission, Hospital Management Coverage and Referral. Working Paper 21. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Kwast, B. (1996). "Reduction of Maternal and Perinatal Mortality in Rural and Peri-urban Settings: What Works." *International Journal of Obstetricians and Gynecologists*. Volume 60.

Maine, D. et al. (July/August 1996). "Why Did Maternal Mortality Decline in Matlab?" *Studies in Family Planning*. Volume 27, No. 4, pp. 179-187.

Maine, D. et al. (1996). *Setting Priorities in International Reproductive Health Programs: A Practical Framework*. New York: Center for Population and Family Health, Columbia School of Public Health.

Maine, D. (1997) *The Design and Evaluation of Maternal Health Programs*. New York: UNDP.

McCarthy, J. and Maine, D. (1994). *Guidelines for Assessing National Capacity to Reduce Maternal Deaths and Disabilities*. New York: PMM.

Measham, D., and Koblinsky, M. and Tinker, A. (1993). *Towards the Development of Safe Motherhood Program Guidelines*. Report of a Workshop organized by the World Bank and MotherCare.

Nirupam, S. and Yuster, E.A. (1995). "Emergency Obstetric Care: Measuring Availability and Monitoring Progress." *International Federation of Gynecology and Obstetrics*. Supplement 50, No. 2, pp. 79-80.

ROSA Regional Team. (March 1997). *Regional Framework for Reducing Maternal Mortality in the Context of Women's Rights*.

Stanton, C., Hill, K., AbouZahr, C., and Wardlaw, T. (November 1995). *Modeling Maternal Mortality in the Developing World*. New York: UNICEF and WHO.

UNICEF. (August, 1998). *Programming for Maternal Survival*. New York: UNICEF.

Wardlaw, T. and AbouZahr, C. (1995). "Maternal Mortality: Worse than We Thought." *Safe Motherhood Newsletter*, Issue No. 19, Geneva: WHO.

ÉLABORATION DES PROGRAMMES, CONTRÔLE ET ÉVALUATION (cont.)

Walker, G.J.A. et al. (March 1, 1986). "Maternal Mortality in Jamaica." *The Lancet*, Volume 1, pp. 486-488.

Winard, K. (June 1995). "No Longer Giving Life through Death." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Supplement 48, pp. 7-20.

World Health Organization. (1993). "Coverage of Maternity Care: A Tabulation of Information." Geneva: WHO, Third Edition.

World Health Organization. (1991). *Challenge for the 90s: Safe Motherhood in South Asia*. Delhi: WHO.

World Health Organization. (1994). *A Reproductive Health Approach to Safer Motherhood*. Delhi: WHO.

World Health Organization. (July 28, 1993). *Make Maternity Care More Accessible*. Geneva: WHO Press Release No. 59.

World Health Organization. (April 1996). *Regional Reproductive Health Strategy for South East Asia*. Delhi: WHO.

World Health Organization. (1994). *Women, Health and Development in the South East Asia Region*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1994). *The Mother-Baby Package: An Approach to Implementing Safe Motherhood*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1998). *A Workbook On How to Plan and Carry Out Research On the Risk Approach in Maternal and Child Health including Family Planning*. Geneva: WHO.

TROUSSES POUR LES NAISSANCES SANS RISQUE

Program for Appropriate Technology in Health. (1994). *Regional Delivery Kit Workshop*. Chandigarh: PATH.

Safe Home Delivery Kits Social Marketing Research Project. (March 1994). *Market Test Study Report*. Katmandu: PATH.

Survival for Women and Children Foundation. (1992). *Development, Use and Health Impact of Simple Delivery Kits in Selected Districts in India*. Chandigarh: SWACH.

MATERNITE SANS RISQUE

- Feuerstein, M.T. (1993). *Turning the Tide: Safe Motherhood: A District Action Manual*. London: Save the Children.
- Koblinsky, M. (undated). "Health Pregnancy, Safe Delivery – The Mother Care Experience." *MotherCare Matters*. Volume 4, No. 2.
- Koblinsky, M. et al. (1992). *The Health of Women: A Global Perspective*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- Kwast, B.E. (1996). "Reduction of Maternal and Perinatal Mortality in Rural and Peri-urban Settings: What Works?" *European Journal of Obstetrics and Gynecology, and Reproductive Biology*. Volume 69, pp. 47-53.
- Jinishan Memorial Program in Armenia. "Healthy Pregnancy: Advice for Pregnant Women". American University of Armenia Center for Health Services Research and the Ministry of Health of the Republic of Armenia.
- Maine, D. et al. (1991). *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. New York: Center for Population and Family Health, Columbia University.
- Maine, D. et al. (1993). "Reduction of Maternal Mortality in Bangladesh 1995-2000." New York: Prepared for UNICEF.
- Ministry of Health of Malaysia. (April 1997). *Safe Motherhood: The Malaysian Case Study*. Presented at the Safe Motherhood Asia '97 Workshop, Indonesia.
- Moore, M. (1990). "Behavioral Determinants of Maternal Health Care Choices in Developing Countries." Working Paper No. 2. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.
- Rhode, J.E. (1995). "Removing Risk from Safe Motherhood". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Supplement 50, No. 2, pp. 3-10.
- Russell, N. (1996). "CEDPA Safe Motherhood Network." Paper presented at the 1997 NCIH, Washington, DC.
- Sherpa, H. and Rai, D. (March 1997) "Safe Motherhood: It is a Family Responsibility." Report on National Safe Motherhood Awareness Campaign .
- Sundai, T.K. (1992). "The Untold Story: How Health Care Systems in Developing Countries Contribute to Maternal Mortality." *International Journal of Health Service*. Volume 22, No. 3, pp. 513-528.
- Tinker and Koblinsky. (1993). *Making Motherhood Safe*. Washington, DC: World Bank.**
- Thaddeus, S. and Maine, D. (1994) "Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context." *Social Science and Medicine*, Volume 38, No. 8, pp. 1091-1110.
- Wedderburn, M. and Moore, M. (1990). Qualitative Assessment of Attitudes Affecting Childbirth Choices of Jamaican Women. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISES

AIDSCAP. (1995). Chapter 9: Sexually Transmitted Diseases During Pregnancy (Eds). Controlling Sexually Transmitted Diseases. Washington: Family Health International.

Centers for Disease Control. (March 1998). "Administration of Drugs in Late Pregnancy and Delivery to Prevent Perinatal HIV Transmission – Thailand, 1996-98." *MMWR*. Volume 47, No. 8.

Gray, R.H. (1998). "Sexually Transmitted Disease Control for Maternal and Infant Health." Presented at the MotherCare Technical Advisor Group.

Linkages. (January 1998). FAQ Sheet: Frequently Asked Questions On: Breastfeeding and HIV/AIDS. (Washington, DC: Academy for Educational Development.)

Marseille, E. (1998) "The Cost-effectiveness of Short-course ZDV Therapy to Reduce MTCT of HIV in Tanzania and Thailand." Presented at the CDC Prevention of Perinatal Transmission Meeting.

Mayhew, S. (1996). "Integrating MCH/FP and STD/HIV Services: Current Debates and Future Directions." *Health Policy and Planning*, Volume 11, No. 4, pp. 339-353.

Nieburg, P. and Stannecki, K.A. (June 1998). The Global Burden of Mother-to-Child Transmission of HIV-1. Presented at the Fourth World AIDS Congress in Geneva.

Fawzi, W.W. et al. (May 16, 1998). "Randomized Trials of Effects of Vitamin Supplements on Pregnancy Outcomes and T Cell Counts in HIV-1-infected Women in Tanzania." *Lancet*. Volume 351, No. 9114, pp. 1477-1482.

Oakley, A. et al. (1995). "Behavioral Interventions for HIV/Prevention." *AIDS*, Volume 9, pp. 479-486.

Soucat, A. (June 1998). From Efficiency to Effectiveness: The First Year Experience of The Ministry of Public Health's Experience to Prevent MTCT of HIV in Northern Thailand. Presented at the Fourth World AIDS Congress in Geneva

Van Dam, C.J. (1995). HIV, STD and Their Current Impact on Reproductive Health: The Need for Control of Sexually Transmitted Diseases. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, Volume 50, Supplement 50, No. 2, pp. 121-129.

UNAIDS Report (1997). *World AIDS Report*. Geneva: UNAIDS.

RÉFÉRENCES ESPAGNOLES

- Bobadilla, J.L. (1996). "La Magnitud y las Causas de la Mortalidad Materna en el Distrito Federal (1988-1989)." *Gaceta Medica de Mexico*. Volume 132, Numero 1, pp. 5-18.
- Dallabetta, G.A. (31 Julio 1997). *El Control de las Enfermedades de Transmision Sexual: Un Manual para el Enseño y la Administracion de Programas*.
- Organizacion Panamericana de la Salud. *Plan de Accion Regional para la Reduccion de la mortalidad materna en las Americas*.
- Temmerman, M. "Las ETS y el Embarazo." *El Control de las Enfermedadaes de Transmission Sexual*. Capitulo 9, pp. 181-199.

MATRONES

- Ahammed, M. "Maternal Health and Child Care in Rural Areas. (1981). The Role of the Traditional Birth Attendant in Bendel State of Nigeria." *Journal of Tropical Pediatrics*, Volume 27, pp. 210-214.
- Alisjahbana, A. et al. (1984). "A Method of Reporting and Identifying High-Risk Infants for Traditional Birth Attendants." *Journal of Tropical Pediatrics*, Volume 30, pp. 17-22.
- Greenwood, A. et al. (1990). "Evaluation of a Primary Health Care Program in The Gambia. The impact of Trained Birth Attendants in the Outcome of Pregnancy." *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. Volume 93, pp. 58-66.
- Hoff, W. (1997). "Traditional Health Practitioners as Primary Health Care Workers." *Tropical Doctor*. Supplement 1.
- Janowitz, B. et al. (1988). "Referrals by Traditional Birth Attendants in Northeast Brazil: Referral Patterns and Perinatal Mortality." *Health Policy and Planning*. Volume 3, No. 1, pp. 48-59.
- Kumar, V. and Walia, I. (1981). "Pictorial Maternal and Neonatal Records for Illiterate Traditional Birth Attendants." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Volume 19, pp. 281-284.
- Levitt, M. (1996). *When the Training of TBAs is Cost Effective: Trained TBAs and Neonatal Essential Care in South Asia*. Redd Barrna/HMG Katmandu: Nepal.
- Nessa, S. (1995). "Training of Traditional Birth Attendants: Success and Failure in Bangladesh." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, 135-140.
- Neuman, A. et al. *Evaluation of a Programme to Train Traditional Birth Attendants in Ghana*. Geneva: WHO.
- O'Rourke, K. (1995). "The Effect of Hospital Training in Management of Obstetric Patients Referred by Traditional Birth Attendants." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 48.
- Pratinidhi, A.K. et al. (1985). "Birth Attendants and Perinatal Mortality." *World Heath Forum*. Volume 6, No. 2, pp.115-117.

MATRONES (cont.)

Ross, D. (1995). *The Trained Traditional Birth Attendant and Neonatal Teranus*. Geneva: WHO Offset Publications.

Smith, J. et al. (1997). *The Impact of TBA Training on the Health of Mothers and Newborns in Brong-Ahafo, Ghana*. Final Report. (Durham: FHI.)

Smith, J.B. and Fortney, J.A. PhD, eds. *Traditional Birth Attendants: A Bibliography*. Durham: FHI.

Williams, B. and Yumkella. "An Evaluation of the Training of Traditional Birth Attendants in Sierra Leon and their Performance after Training." Geneva: WHO.

PRATIQUES TRADITIONNELLES

Bhatia, S. (1981). "Traditional Childbirth Practices: Implications for a Rural MCH Program." *Studies in Family Planning*. Volume 12, No. 2, pp. 66-75.

Browner, C.H. and Sondra, T.P. (1988). "Women's Secrets: Basis for Reproductive and Social Autonomy in a Mexican Community." *American Ethnologist*, Volume 15, No. 1, pp. 84-97.

Cominsky, S. (1986). "Traditional Birth Practices and Pregnancy Avoidance in the Americas." *The Potential of the Traditional Birth Attendant*, Offset Publication No. 95, pp. 75-89. Geneva: WHO.

Haque, R., Hossian, J. and Siddiquey, S. (November 1996). *Report on Situational Analysis of EOC in Rajnagar of Moulvibazar District*. Dhaka: CARE Bangladesh.

Haque, R., Hossian, J. and Siddiquey, S. (November 1996). *Report on Situational Analysis of EOC in Dinjapur District*. Dhaka: CARE Bangladesh.

Pillsbury, B. et al. (1982). "Policy and Evaluation Perspectives on Traditional Health Practitioners in the National Health Care Systems." *Social Science and Medicine*. Volume 16, No. 1, pp. 1825-1834.

Pillsbury, B. et al. (1990). *Understanding and Evaluating Traditional Practices: A Guide to Improving Maternal Care*. Washington, DC: International Center for Research on Women.

MATERIELS DE FORMATION

- Arkutu A. (1995). *Healthy Women, Healthy Mothers: An Information Guide*. New York: Family Care International.
- American College of Nurse Midwives. (1997). Healthy Mothers, Healthy Newborns [Draft]. Washington, DC: ACNM
- Brownlee, A. (1978). Community Culture and Care: A Cross Cultural Guide for Health Workers. St. Louis, MO: CV Mosby.
- Harrison, A. (April 1994). *Assessing Maternal and Perineonatal Health: Tools and Methods*. Arlington, VA: John Snow/ MotherCare.
- Klein, S. (1995). A Book for Midwives: A Manual for Training Traditional Birth Attendants and Community Midwives. (Palo Alto, California: The Hesperian Foundation.)
- Burns, A. August, Lovich, R., Maxwell J., Shapiro K. (1997) Where Women Have No Doctor. Palo Alto, California: The Hesperian Foundation.
- Marshall, M. and Buffington, S. (1998) Life Saving Skills for Midwives. Third Edition. Washington DC: American College of Nurse-Midwives.
- Meijai, M. et al. (1993). *Management of Obstetric and Neonatal Emergencies in Community Health Centers*. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.
- PRIME. (1997). *Reproductive Health Resource Book*. [DRAFT]. Chapel Hill: INTRAH.
- Schieber, B. et al. (1993). *Training Manual for Trainers of Traditional Birth Attendants*. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.
- UNICEF. (1994). *Safe Motherhood Training Package*. New York: UNICEF.
- World Health Organization. (1996). Care in Normal Birth: A Practical Guide. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1996). Care of Mother and Baby at the Health Centers: A Practical Guide. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1994). Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1994). Detecting Pre-Eclampsia: A Practical Guide. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1996). Post-partum Hemorrhage Module. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1996). Foundation Module: The Midwife in the Community. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1996). Obstructed Labor Module. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1996). Puerperal Sepsis Module. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1996). Eclampsia Module. Geneva: WHO.

STATUT ET PAUVRETÉ DES FEMMES

- Buvinic, M. and Lycette, M. (1988). *Women, Poverty and Development in the Third World*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Buvinic, M. (March 1995). *Investing in Women*. Policy Series No. 2, Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Desai, S. and Jain, D. (1992). *Maternal Employment and Changes in the Family Dynamics: The Social Context of Women's Work in Rural South India*. Washington, D.C: International Center for Research on Women.
- Ghosh, S. (1986). "Discrimination Begins at Birth." *Indian Pediatrics*, Volume 23, pp. 9-15.
- Handa, S. Gender, (1994). *Headship and Intra-Household Resource Allocation*. Washington, D.C: International Center for Research on Women.
- Richter, K. and Napaporn, H. (1994). "Women's Economic Contribution to the Households in Thailand." New York: International Center for Research on Women.
- Roestam, K.S. (1994). "Women's impetus in community and health development." *World Health Forum*, Volume 15.
- Sivard, R. (1995). *Women: A World Survey*. Washington, D.C.: ICRW
- Tinker, A. (1994). (1994). *Investing in Better Nutrition and Health*. Washington, D.C.: World Bank
- UNFPA. (1997). *Investing in Women: The Focus of the 90s*. New York: UNFPA.
- Vlassoff, C. (1994). "Gender Inequalities in Health in the Third World: Uncharted Ground." *Social Science Medicine* Volume 39, No. 9, pp. 1249-1259.
- Wedeen, L. and Weiss, E. (1993). *Women's Empowerment and Reproductive Health Programs: an Evaluation Paradigm*. Presented at the PAA.

VIOLENCE CONTRE LES FEMMES

- Cook, R.J. (1994). *Women's Health and Human Rights*. Geneva: WHO.
- Earth Times. (October 1996). *Growing Body of Evidence*.
- Heise, L. et al. (1996). *Sexual Coercion and Reproductive Health*. Washington, D.C.: International Center on Research for Women.
- Rich, S. and Joyce, S. (April 1997). *Eradicating Female Genital Mutilation: Lessons for Donors*. Washington, D.C: Wallace Global Fund.
- World Health Organization. (1995). *Female Genital Mutilation: Report of Technical Working Group*. Geneva: WHO.